

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PAR  
ALEXIS ROYER

APPROCHE « ÉCOLE EN SANTÉ » :  
ANALYSE D'UN MILIEU SCOLAIRE AU PRIMAIRE

OCTOBRE 2006

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

De nos jours, les jeunes ont un mode de vie beaucoup plus sédentaire qu'auparavant : 52% des jeunes Québécois de 12 à 17 ans n'atteignent pas le niveau recommandé d'activité physique qui correspond à au moins une heure par jour à une intensité modérée (Nolin et Hamel, 2005). Ce faible taux d'engagement en termes d'activité physique peut s'expliquer, entre autres, par le fait qu'un jeune Québécois regarde la télévision en moyenne 14,9 heures par semaine (Statistique Canada, 2005). Ce phénomène permet d'expliquer que 25% des jeunes Québécois (6 à 16 ans) se caractérisent par un surplus de poids, l'obésité ou l'embonpoint (Lavallée et Stan, 2004).

C'est à partir des constats liés au mode de vie des jeunes d'aujourd'hui qu'est né le partenariat entre le réseau de la santé et de services sociaux et le réseau de l'éducation. Cette entente a abouti sur un projet commun : l'approche « École en santé ». Elle vise l'implantation et l'amélioration de saines habitudes de vie concernant l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, tout en incluant la participation active des enseignants, des parents et des membres de la communauté. La présente étude s'inscrit dans le cadre de la deuxième étape du déploiement de l'approche École en santé : l'analyse du milieu.

L'objectif de cette étude est de dresser le portrait de la situation initiale des élèves d'une école primaire au Québec. Les caractéristiques des élèves retenues pour l'étude sont associées à deux facteurs clefs du développement du jeune tels que proposés par l'approche École en santé, soit les *saines habitudes de vie* et les *comportements sains et sécuritaires*.

Des questionnaires, élaborés et validés par le comité École en santé, ont été proposés aux élèves d'une école primaire de la Commission Scolaire de l'Énergie en Mauricie.

Suite à la compilation des résultats et leur traitement statistique, il est apparu clairement que les jeunes de cet établissement scolaire, caractérisé par un indice de défavorisation de neuf sur dix, ne présentent pas de très saines habitudes de vie.

En effet, près de 62% des élèves de cette école ne respectent pas le seuil minimum d'activité physique évalué par le Comité scientifique de Kino-Québec, soit une heure par jour à intensité modérée. Ces chiffres peuvent s'expliquer par le fait que 54,3% des élèves préfèrent regarder la télévision ou jouer aux jeux vidéo en rentrant de l'école.

En ce qui concerne l'alimentation, il est inquiétant de constater que près de la moitié des élèves de cette école ne consomment au maximum que deux portions de fruits et légumes par jour. Cela va à l'encontre du *Guide alimentaire canadien* (Ministère de la santé, 1992) qui recommande de consommer au moins cinq portions quotidiennes de fruits et légumes. Les habitudes alimentaires de ces jeunes ne sont pas saines puisque, en plus du manque de fruits et légumes, seulement 20% des élèves de cette école ne déjeunent le matin que quatre fois par semaine au maximum.

Les résultats issus des questionnaires administrés aux 222 élèves apportent l'éclairage nécessaire pour revoir le plan de réussite de cette école primaire, de manière à favoriser la réussite éducative, la santé et le bien-être de ses jeunes. Les objectifs et les actions éducatives inscrits dans le futur plan de réussite permettront d'offrir un environnement plus favorable à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des élèves.

De plus, les résultats de la présente étude pourraient guider de futures initiatives scolaires en matière de santé dans leurs efforts visant à contrer des obstacles potentiels. Enfin, les résultats attendus sont extrêmement précieux à ce stade-ci du déploiement de l'approche École en santé au Québec puisqu'ils tracent le portrait initial indispensable à toute étude d'impacts pouvant être conduite dans le futur.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à Marie-Claude Rivard, Ph.D., professeure au Département des sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle fut ma directrice de recherche tout au cours de l'élaboration de ce mémoire et je lui suis très reconnaissant pour son soutien et la qualité de son encadrement.

J'aimerais aussi remercier Louis Laurencelle, Ph.D., professeur au Département des sciences de l'activité physique à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui, à titre de co-directeur, a particulièrement prêté son expertise aux analyses des données.

En résumé, merci à ces deux personnes qui ont su être présentes lorsque j'en avais besoin et qui m'ont permis d'achever la réalisation de mon mémoire dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, je tiens à remercier la collaboration active et efficace de tous les participants du milieu scolaire, sans qui cette recherche n'aurait pu être réalisée.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	i
Remerciements.....	iii
Table des matières.....	iv
Chapitre 1 : Recension des écrits.....	1
Changements au sein de la population québécoise .....	1
Constats alarmants chez les jeunes .....	2
Réforme de l'éducation au Québec.....	6
Programme de formation de l'école québécoise.....	8
Diverses initiatives «santé» en milieux scolaires.....	13
Entente de complémentarité entre deux réseaux.....	14
Approche «École en santé».....	15
Problématique .....	27
Objectif de recherche .....	30
Cadre théorique .....	31
Chapitre 2 : Méthodologie .....	33
Chapitre 3 : Résultats et interprétation.....	37
Chapitre 4 : Discussion .....	53
Chapitre 5 : Conclusion .....	62
Références.....	66
Annexe 1 .....	73
Annexe 2 .....	78
Annexe 3 .....	84
Annexe 4 .....	86

## **Chapitre 1**

### **Recension des écrits**

#### **Changements au sein de la population québécoise**

Depuis l'avènement de l'ère industrielle, la société n'a cessé d'évoluer, de subir des modifications en profondeur, tant sur les plans structurel que fonctionnel. Aujourd'hui, les individus qui évoluent au sein de celle-ci doivent faire face à de nouveaux défis, de nouvelles contraintes et obligations. Les changements sont nombreux : exigences professionnelles et besoins en formation, caractéristiques socio-démographiques, habitudes de vie, etc. Ces modifications ont évidemment transformé le mode de vie des individus, notamment les habitudes de vie telles que la pratique de l'activité physique et l'alimentation (Eaton et Eaton, 2003 ; Nolin, Prud'Homme, Godin et Hamel, 1998).

En effet, les activités des hommes sont devenues de plus en plus limitées sur le plan physique et cela en raison de plusieurs facteurs. L'évolution technologique, notamment les avancées en matière de mécanisation et d'informatique, permettent aujourd'hui d'assister l'homme dans des tâches physiques éprouvantes, le suppléer et ainsi diminuer son implication physique. De plus, la société actuelle présente une nette diminution de la pratique d'activités physiques au profit d'activités de loisirs plus sédentaires comme la télévision, la navigation sur Internet ou les jeux vidéo. L'évolution

technologique a fondamentalement modifié les loisirs des jeunes et des familles en général.

De saines habitudes de vie représentent un facteur clé lié à l'espérance de vie en bonne santé, en retardant ou en évitant l'apparition de diverses maladies chroniques. Les habitudes de vie ciblées concernent l'alimentation et la pratique d'activités physiques. En effet, il est prouvé que ces deux habitudes de vie favorisent un développement optimal des compétences physiques, psychologiques et sociales (Organisation Mondiale de la Santé, 2003 ; Comité scientifique de Kino-Québec, 1998).

### **Constats alarmants chez les jeunes**

ALIMENTATION - Un des aspects des sociétés industrialisées ayant beaucoup évolué concerne l'alimentation. De nos jours, les parents disposent de moins de temps pour cuisiner, et cuisiner sainement, souvent à cause de leurs contraintes et obligations professionnelles (Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 1998). En effet, il semble de plus en plus évident qu'il survient une perte de culture et de connaissances en ce qui concerne le choix des aliments et leur préparation. De ces constats, il paraît alors facile de comprendre pourquoi le nombre de repas préparés et consommés à la maison diminue fortement. Les familles québécoises privilégient souvent les repas déjà préparés et prêts à consommer afin de gagner du temps. Ces repas préparés proviennent de supermarchés, de restaurants ou de divers services alimentaires. Par exemple, les dépenses des familles québécoises destinées aux aliments procurés au restaurant sont passées de 23,79 \$ par semaine en 1986 à 31,56 \$ par semaine en 1996



(Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 1998). Ce type d'alimentation est déséquilibré et fournit une quantité énergétique largement supérieure aux besoins métaboliques (Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, 2004). Ces aliments sont souvent pauvres en nutriments et très riches en matières grasses, sel et sucre.

Il est important d'indiquer que le nombre de repas consommés devant le téléviseur est très élevé chez les jeunes. Selon Statistique Canada (2005), les jeunes Québécois regardent des émissions télévisées en moyenne 14,9 heures par semaine, ce qui se répercute en de mauvaises habitudes alimentaires. En effet, un garçon sur quatre et 18% des filles de 10 ans mangent au moins un repas par jour devant la télévision (Marquis, 2005). Devant le petit écran, les jeunes consomment des aliments à faible valeur nutritive et en quantité supérieure aux besoins de l'organisme sur le plan des matières grasses et du sucre. En plus de manger des aliments très riches devant la télé, les habitudes alimentaires en règle générale des jeunes Québécois ne sont pas très reluisantes. Ils ne répondent pas aux recommandations du *Guide alimentaire canadien* (Ministère de la santé, 1992). Seulement 45% des jeunes de 12 à 17 ans ne se nourrissaient pas quotidiennement avec les cinq portions minimales de fruits et légumes recommandés (Statistique Canada, 2005). Chez les plus jeunes (6 à 12 ans) en 1996, la situation semble aussi dérangeante puisqu'une faible proportion des jeunes de ce groupe d'âge consomme quotidiennement les portions recommandées par le *Guide alimentaire canadien* (Lavallée et Stan, 2004).

Il est pourtant reconnu que l'alimentation est un des principaux facteurs permettant une bonne croissance et un bon développement chez un jeune (Mongeau, 2004 ; Organisation mondiale de la santé, 2003). Ces conditions réunies, l'enfant est alors placé dans une situation idéale pour une réussite scolaire, une bonne santé et un bien-être. L'apport en énergie et les nutriments consommés facilitent la croissance du jeune, la maturité des tissus, et il représente aussi le « carburant » nécessaire au corps humain pour se mouvoir (Mongeau, 2004). De plus, de saines habitudes alimentaires permettent aux jeunes d'être concentrés et attentifs en classe, ce qui est synonyme d'amélioration de résultats scolaires (Comité scientifique de Kino-Québec, 1998 ; Cueto, 2001). Outre ces impacts sur la réussite scolaire, de bonnes habitudes alimentaires chez les jeunes diminuent le risque d'apparition des maladies chroniques à long terme (Shaw, 1998) en améliorant le profil lipidique et en fournissant des nutriments ayant un effet protecteur de l'organisme (Organisation mondiale de la santé, 2003). Cela permet de prévenir des problèmes cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'ostéoporose et l'obésité (World Health Organization, 2003).

**ACTIVITÉ PHYSIQUE** - L'activité physique pratiquée régulièrement permet d'améliorer la condition physique générale, comme l'endurance, la capacité cardiovasculaire, la résistance musculaire, et elle favorise la croissance osseuse et musculaire. Lorsque cette pratique est jumelée à une bonne alimentation, il est alors plus facile de contrôler son poids et par conséquent le pourcentage de masse grasse de l'organisme (Comité scientifique de Kino-Québec, 1998-2000) ; l'activité physique permet aussi de prévenir des maladies comme l'ostéoporose et les problèmes cardio-vasculaires. Par

ailleurs, les rapports du Comité scientifique de Kino-Québec (1998 et 2000) ont révélé qu'une enfance active diminue le risque d'apparition de maladies comme le diabète ou l'hypertension et que les jeunes (13 à 18 ans) physiquement actifs possèdent une meilleure santé psychologique et ont généralement un mode de vie plus sain. Des qualités comme la concentration, la créativité ou la capacité à résoudre des problèmes sont souvent liées à une conduite saine et sportive (Comité scientifique de Kino-Québec, 1998). En résumé, les jeunes actifs auront une meilleure estime de soi, une plus grande confiance en eux, un sentiment de bien-être et jouiront d'une meilleure réussite scolaire (Comité scientifique de Kino-Québec, 1998).

Malgré ces conclusions de recherche militant en faveur d'un mode de vie actif, plusieurs études révèlent que les jeunes bougent de moins en moins. Par exemple, en 2003, 52% des jeunes garçons de 12 à 17 ans atteignaient le niveau recommandé d'activité physique. Ce niveau évalué par le Comité scientifique de Kino-Québec correspond à l'équivalent d'au moins une heure d'activités physiques par jour à intensité modérée. Ce même chiffre est bien moindre chez les jeunes filles puisque seulement 35% d'entre elles atteignaient ce seuil (Nolin et Hamel, 2005).

**OBÉSITÉ** - Les mauvaises habitudes liées à l'alimentation et à la sédentarité sont en partie responsables des problèmes de poids chez les jeunes. L'organisation mondiale de la santé considère l'obésité comme une épidémie mondiale (Jong-Wook, 2005; World Health Organization, 1998). Un surplus de poids se définit comme « *une accumulation anormale ou excessive de tissus adipeux dans le corps et inclut autant l'embonpoint que l'obésité* » (Direction de la Santé Publique de Montérégie, 2005). Au

Québec, 25% des jeunes âgés de 6 à 16 ans se caractérisent par un surplus de poids, obésité ou embonpoint (Lavallée et Stan, 2004). Cette surcharge de poids peut entraîner de graves problèmes sur le plan de la santé, comme des maladies chroniques, une diminution de l'espérance de vie ou tout simplement la dégradation de la qualité de vie du sujet considéré. Il est intéressant de souligner que 80% de ces maladies chroniques sont en partie évitables en adoptant de saines habitudes de vie, c'est-à-dire manger de façon équilibrée et pratiquer de l'activité physique (Organisation Mondiale de la Santé, 2002). Ceci dit, ces maladies possèdent une étiologie complexe et la solution n'est pas aussi simple que bien manger et « bouger ». De plus, un grand nombre de jeunes souffrant actuellement d'embonpoint ou de surpoids présentent un risque très élevé de devenir des adultes souffrant d'obésité et de toutes les maladies chroniques potentielles. Il faut garder présent à l'esprit que 30 à 50% des jeunes de 7 ans souffrant d'embonpoint seront des adultes obèses, ce qui attendent aussi 50 à 70% des jeunes de 9, 13 et 16 ans (Direction de la Santé Publique de la Montérégie, 2005).

### **Réforme de l'éducation au Québec**

Plusieurs problématiques de santé chez les jeunes sont prises en compte dans l'opération de la réforme de l'éducation au Québec. Il est démontré que l'encadrement de tout être humain, depuis ses premiers instants de vie, va modeler son existence et constituer les bases de ce qu'il deviendra au fil de sa vie. Depuis toujours, l'éducation de l'enfant est un processus vécu en relation avec de nombreux facteurs d'influence tels que l'école, les parents ainsi que tout l'environnement socioculturel.

Dans un contexte où la santé globale semble constituer un nouvel intérêt de société, plusieurs s'entendent pour reconnaître qu'elle a, implicitement, toujours fait partie des finalités, des objectifs généraux ou des thèmes transversaux de diverses disciplines scolaires, selon les époques (Cogérino, 1999; Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000; Mérini et al., 2004). Toutefois, depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1996 et la Déclaration de Jakarta en 1997, plusieurs recommandations ont été émises explicitement concernant la promotion de la santé dans les institutions scolaires. La récente vague de réformes en éducation a amené des révisions et des changements aux curricula scolaires un peu partout à travers le monde (Puhse et Gerber, 2005) et la santé est apparue officiellement dans les ouvrages ministériels. Bon nombre des changements engendrés par les réformes en éducation ont été faits notamment en réponse à une demande accrue pour contribuer aux modes de vie sains et actifs des jeunes d'âge scolaire et pour fournir un nouveau corpus de connaissances lié à l'éducation à la santé en milieu scolaire.

Au Québec, c'est dans ce contexte que le système éducatif a voulu « travailler à la source » et influencer positivement les habitudes des élèves dès leur plus jeune âge. Dès 1990, le rapport du Conseil Supérieur de l'Éducation a conclu qu'il fallait inviter les établissements scolaires à revoir leurs contenus d'enseignement et leurs interventions sur le plan pédagogique afin de tenir compte des nouveaux besoins de la société et de la formation des élèves du primaire et du secondaire. Quelques années plus tard, le rapport Corbo (1994) apportait des précisions sur les objectifs de l'école et surtout sur les compétences à développer par les élèves tout au long de leur cursus scolaire. Le rapport

de la Commission sur les États Généraux (1996) recommandait que l'école se recentre sur sa mission première, c'est-à-dire offrir aux jeunes une solide formation intellectuelle, les préparer à être des citoyens responsables et leur permettre de développer leur potentiel au maximum. L'ensemble de ces travaux a conduit à la vaste réforme du système éducatif scolaire, notamment à l'élaboration du Programme de formation de l'école québécoise. De ce fait, l'intégration de la santé au Domaine général de formation «Santé et bien-être» et à la discipline «Éducation physique et à la santé» témoigne des nouvelles finalités attendues en milieu scolaire (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001-2003a).

## **Programme de formation de l'école québécoise**

### **Présentation générale**

Depuis quelques décennies, la société a subi de nombreux changements sur les plans industriel et commercial, social ainsi que sur le plan des mœurs et des relations humaines. Ces importants changements ont amené différents gouvernements à modifier les textes de lois, à apporter des réformes. Le système éducatif a connu des révisions concernant ce qu'il devait proposer aux élèves afin qu'ils soient mieux formés pour faire face aux exigences sociétales. Les réformes majeures du système éducatif au Primaire, au Secondaire et aux niveaux supérieurs se basent sur les récents travaux de recherche en éducation. Suite aux récents travaux de recherche ainsi que du rapport de la Commission sur les États Généraux de 1996, une triple orientation du système éducatif s'est dessinée : viser une formation globale et diversifiée, une formation à long terme et une formation ouverte sur le monde. On estime que ces visées devraient permettre de préparer les

citoyens de demain à mieux relever les défis auxquels ils devront faire face, celui d'une insertion individuelle au sein de la société, celui de lui garantir un accès au marché du savoir et de l'emploi en évolution permanente et celui de la globalisation des économies.

Le Programme de formation de l'école québécoise centralise les objectifs à atteindre en matière d'éducation au préscolaire et d'enseignement au primaire ; des actions à mettre en place et surtout des compétences à développer chez les élèves (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). Le Programme vise à aider les élèves à réussir leur vie et à réussir dans la vie : l'école est alors au service des jeunes. En résumé, le Programme de formation comprend l'ensemble des apprentissages que l'élève d'âge scolaire doit réaliser tout au long de sa scolarité. Il précise les apprentissages essentiels et fondamentaux et détermine les éléments de la formation de base de l'élève. C'est aujourd'hui la référence en matière d'éducation qui guide et oriente les apprentissages à l'école.

### **Éléments constitutifs du Programme de formation**

#### **Compétences transversales**

Le Programme de formation (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001) vise le développement, chez tous les élèves, des compétences intellectuelles, méthodologiques, personnelles et sociales ainsi que la capacité à communiquer. Ces compétences sont dites transversales à cause de leur caractère général et du fait qu'elles se déploient à travers les divers domaines d'apprentissage. Elles ont une portée plus large que les compétences disciplinaires car elles dépassent les frontières de chacune des disciplines. Elles résultent

de la convergence, de l'intégration et de la synthèse de l'ensemble des connaissances acquises au fil des jours. Ces compétences sont essentielles pour qui doit vivre dans une société où les situations sont souvent imprévisibles et en évolution constante.

### **Domaines généraux de formation**

Le Programme de formation de l'école québécoise présente, sous l'appellation « domaines généraux de formation », un ensemble de grandes problématiques auxquelles sont confrontés les jeunes. Cette section du Programme est un moyen qui permet de relier les savoirs disciplinaires aux préoccupations quotidiennes des élèves, ce qui facilite l'appréhension de la réalité. Le Programme comprend cinq domaines qui répondent aux intérêts et besoins de l'élève concernant les attentes sociales liées à l'éducation : Santé et bien-être, Orientation et entrepreneuriat, Environnement et consommation, Médias, Vivre ensemble et citoyenneté. Les problématiques touchées échappent aux frontières théoriques pures, elles agissent comme un support pour tous les apprentissages, transversaux ou disciplinaires. Ainsi, les domaines généraux de formation constituent une « toile de fond » favorisant la cohérence et la complémentarité de tous les intervenants agissant au sein de l'école. « Santé et bien-être » est certes le domaine général de formation qui s'inscrit dans les nouvelles visées de saines habitudes de vie chez les jeunes. Être en bonne santé, c'est réunir les conditions physiques et psychologiques nécessaires à la satisfaction de ses besoins et à la réalisation de ses projets. L'école joue un rôle déterminant puisqu'elle doit faire prendre conscience aux jeunes des enjeux liés à la santé et à l'adoption de saines habitudes de vie. Elle doit mener l'élève dans une



démarche réflexive concernant de saines habitudes de vie sur les plans de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité. L'élève doit prendre conscience de sa propre identité, de ses besoins fondamentaux et des conséquences de ses choix personnels sur sa santé et son bien-être. Ces choix concernent l'alimentation, l'activité physique, l'hygiène et la sécurité, la gestion du stress et des émotions. Enfin, le jeune doit adopter une conduite de vie active et sécuritaire en intégrant des activités physiques à l'école, en famille et dans tous les milieux qu'il fréquente tout en adoptant une conduite sécuritaire en toute circonstance.

### **Discipline : Éducation physique et à la santé**

Outre le domaine «Santé et bien-être» inscrit dans le Programme de formation, la discipline de l'éducation physique et à la santé (ÉPS) contribue également au développement d'une compétence santé : adopter un mode de vie sain et actif. Rappelons que, traditionnellement, l'enseignement de l'éducation physique s'est centré sur les actions et sur le développement de l'efficacité motrice, en présupposant que la maîtrise d'habiletés motrices conduirait naturellement l'élève vers diverses pratiques en dehors de l'école. Au vu des habitudes de vie des jeunes Québécois, l'éducation physique s'est vue ajouter le volet santé de manière à aller au-delà du développement de l'efficacité motrice pour aider les jeunes à adopter un mode de vie sain et actif. C'est dans ce contexte que l'ÉPS vise, outre le développement de l'efficacité motrice et d'habiletés psychosociales, l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de comportements nécessaires à une gestion pertinente de sa santé et de son bien-être. Cependant, la volonté de responsabiliser les

élèves à une gestion saine de leur santé repose sur l'ensemble des intervenants des milieux scolaire, familial et communautaire (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). En ÉPS, l'élève est placé dans des situations qui lui permettent de développer son agir corporel, seul ou en groupe, et il apprend progressivement à prendre en charge sa santé et son bien-être. L'ÉPS comporte trois compétences disciplinaires interreliées : Agir dans divers contextes de pratique d'activités physiques (compétence 1), Interagir dans divers contextes de pratique d'activités physiques (compétence 2) et Adopter un mode de vie sain et actif (compétence 3).

Depuis longtemps, la pratique d'une activité physique chez les jeunes est considérée comme un facteur de santé. Il est essentiel de leur offrir les moyens de prendre en charge leur santé et demeurer actifs toute leur vie. L'adoption de ce mode de vie passe par la reconnaissance des facteurs négatifs et positifs pour la santé ; elle nécessite aussi la mise en relation de plusieurs compétences transversales : d'ordre intellectuel (l'élève doit exploiter l'information, exercer son jugement critique), d'ordre personnel et social puisque l'appropriation de ce mode de vie est en relation directe avec la structure identitaire et les rapports avec autrui. C'est par l'expérimentation d'activités physiques en milieux scolaire, familial et communautaire que la compétence 3 se développera. C'est l'ensemble de l'équipe-école qui est amené à guider l'élève dans cette démarche, puisque tout l'environnement de l'élève intervient (école, famille, communauté). Cette volonté d'orienter les élèves selon cette vision est partagée en principe par toutes les disciplines scolaires et elle devrait être présente dans les différentes activités tant scolaires que hors scolaires.

En résumé, les deux premières compétences disciplinaires sont intimement liées car, lorsque l'élève développe sa compétence à interagir, il fait appel aux ressources de la compétence à agir puisque dans l'interaction, il effectue obligatoirement des actions corporelles. La troisième compétence se base sur les deux précédentes puisque c'est en développant celles-ci que l'élève sera en mesure d'observer les retombées de la pratique d'activités physiques sur ses habitudes de vie et, de ce fait, venir à adopter un mode de vie sain et actif.

Par ailleurs, la mise en place d'activités physiques au sein de l'école est très importante eu égard aux bienfaits potentiels sur le plan psychologique et social. Le milieu scolaire se montre sous un autre jour, cela se traduisant, entre autres, par un meilleur climat relationnel. L'élève se sent mieux à l'école, ce qui se traduit par un sentiment d'appartenance au milieu (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005) et donc une meilleure implication personnelle.

### **Diverses initiatives «santé» en milieux scolaires**

Au cours de la dernière décennie, plusieurs organisations de divers pays ont développé des initiatives de type «École en Santé» (ÉS). L'Australie, un pays avant-gardiste dans l'implantation de l'école en santé, propose une nouvelle approche (*New Approach to Health Promoting Schools*) qui mise principalement sur un comité et un agent responsable qui assurent la gestion et les actions de l'initiative ÉS (Lynagh, Perkins et Schofield, 1999). Aux États-Unis, ce type d'initiatives est développé sous les vocables *Coordinated school health* ou *Comprehensive school health program* (St-Leger et

Nutbeam, 2000). Leur approche de la santé en milieu scolaire comprend plusieurs composantes inspirées des stratégies de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Au Canada, au début des années 90', Santé Canada et l'Association canadienne pour l'éducation à la santé (ACÉS) publiaient un document fournissant un cadre de travail pour l'approche globale de la santé en milieu scolaire (ACÉS, 1993). Pour sa part, l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (CAHPERD) fait aussi la promotion d'une démarche globale envers la santé à l'école par le biais de son programme *La santé de qualité dans les écoles*. Récemment au Québec, le concept ÉS est apparu sous plusieurs formes, généralement implanté de manière thématique (Rowan, Vanier et Léry, 2003). Malgré toutes ces initiatives en santé menées dans les milieux scolaires, la littérature rapporte d'importants obstacles rencontrés lors de leur implantation ; plus particulièrement l'isolement et l'essoufflement des intervenants de ces milieux de même que la mince portée des actions souvent morcelées (Lynagh et coll., 1999 ; Rowan et coll., 2003 ; St-Leger et Nutbeam, 2000).

### **Entente de complémentarité entre deux réseaux**

Les préoccupations liées à la santé de nos jeunes rendues explicites dans le Programme de formation se traduisent aussi par une entente de complémentarité (Ministère de l'Éducation du Québec, 2003b) entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Cette entente confirme la nécessité de faire appel à divers acteurs impliqués dans la formation des jeunes pour améliorer les services et l'encadrement qui leur sont offerts afin de promouvoir des valeurs liées à la réussite

éducative, à la santé et au bien-être. C'est un consensus de divers acteurs qui permet d'améliorer les services et l'encadrement proposés aux jeunes afin de promouvoir des valeurs liées à la réussite éducative, à la santé et au bien-être.

## **Approche «École en Santé»**

### **Présentation générale**

De cette récente entente de complémentarité a découlé, entre autres, une approche renouvelée de l'école qui propose de modifier les actions envers les élèves et d'élargir la portée de celles-ci (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005). L'approche « École en santé » (ÉS) se distingue en plusieurs points des initiatives conduites à ce jour dans les milieux scolaires. Elle vise l'amélioration des impacts des actions menées pour les élèves concernant leur réussite éducative, leur santé et leur bien-être. De façon plus spécifique, le déploiement de l'approche ÉS vise des impacts aux plans local, régional et national. L'ÉS devrait permettre l'éclosion de projets concrets réalisables en vue de favoriser un développement optimal des jeunes et des familles québécoises et aussi éviter qu'aucun enfant ne soit exclu des services proposés.

Les grandes priorités de l'école québécoise sont de former et d'instruire les jeunes (depuis l'école primaire). Depuis le renouveau pédagogique, l'école prend en compte le thème de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des élèves qu'elle encadre. Cette grande thématique est d'ailleurs explicitée dans le Programme de formation de l'école québécoise au sein du Domaine général de formation ainsi que de la discipline ÉPS. L'approche ÉS soutient l'importance pour l'élève d'acquérir des compétences et de

développer des habitudes de vie favorisant un bien-être et une vie saine. L'approche ÉS indique aussi que l'école doit proposer un environnement sécuritaire et favorable à l'épanouissement personnel et social de tous les élèves. L'école partage ses préoccupations avec les parents, qui eux-mêmes essaient d'offrir à leurs enfants les meilleures conditions de développement et de réussite éducative.

Les objectifs de l'approche ÉS se concentrent sur le développement optimal du jeune et contribuent ainsi à :

- faciliter l'acquisition de compétences et développer les comportements favorisant la réussite éducative, la santé et le bien-être ;
- promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire ;
- créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.

Un guide a été élaboré et mis à la disposition de tous les intervenant du réseau scolaire.

Ce guide propose des méthodes qui permettent de répondre de façon pertinente et la plus adaptée possible aux besoins des élèves en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être.

L'objectif est de fournir un cadre de travail permettant de cibler les facteurs déterminants des trois objectifs cités précédemment et de faire des liens entre la santé et le développement des compétences. De plus, le guide permet de renforcer les liens entre les enseignants, l'école, les élèves et la famille, et enfin, il présente une démarche, des moyens et des outils dans le but d'illustrer l'approche ÉS. Celle-ci repose sur une vision qui propose d'intervenir auprès des élèves du primaire et du secondaire de façon globale et concertée. Cette démarche se matérialise par un ensemble d'actions mises en place

conjointement par les différents intervenants (personnels enseignants et non enseignants, membres de la communauté et parents) soucieux de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des jeunes.

### **Intervention globale et concertée**

Une **intervention globale** désigne une action portée sur les facteurs clefs du développement des jeunes. Ces facteurs ont été sélectionnés à partir de résultats issus de diverses études (Hamel, Blanchet et Martin, 2001 ; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003). Ces facteurs sont reconnus comme déterminants à la fois sur la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes et peuvent être classés selon deux catégories : d'ordre individuel (estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires) et d'ordre environnemental (scolaire, familial, communautaire et services préventifs).

#### Les facteurs d'ordre individuel

L'estime de soi renvoie à l'ensemble des perceptions qu'un jeune a de lui-même concernant sa vie et sa personne (aspect relationnel, vie sportive, scolaire, son apparence physique) et la satisfaction qu'il en retire (Ayotte, 2004). Cette estime de soi est en lien direct avec le sentiment de sécurité, d'appartenance, de compétences scolaires et sociales (Reasoner, 1982).

La compétence sociale se définit comme la capacité d'un jeune à maîtriser un certain nombre d'habiletés sociales, cognitives et affectives lui permettant de vivre des

relations sociales (Bowen, Desbiens, Martin et Hamel, 2001). Cette compétence repose sur la maîtrise de diverses habiletés qu'il faut développer chez le jeune, comme par exemple résoudre des problèmes, communiquer de façon appropriée, coopérer, se fixer des buts et les atteindre.

Les habitudes de vie englobent l'alimentation, les comportements responsables face à la drogue et l'alcool, l'activité physique, l'hygiène dentaire, le non-usage de tabac et le sommeil (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003).

Les comportements sains et sécuritaires sont classés en trois catégories : les comportements préventifs sur le plan sexuel, dans les loisirs et les sports et enfin lors des déplacements routiers et piétonniers (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003).

#### Facteurs d'ordre environnemental

L'environnement scolaire renvoie à l'état physique des édifices et des lieux, de l'aménagement de l'espace, de l'environnement social (Hamel et coll., 2001 ; Deslandes, 2001) et de l'environnement pédagogique (Deslandes, 2001).

L'environnement familial se définit par l'ensemble des pratiques éducatives des parents lorsqu'il s'agit de discipline et d'encadrement, de leurs conditions de vie, de la qualité des rapports qu'ils entretiennent avec l'école, et par la qualité des communications entre les membres de la famille (Hamel et coll., 2001).



L'environnement communautaire regroupe l'ensemble des valeurs et normes sociales, la culture, les conditions de vie et les politiques en place (Groupe de travail du Conseil des directeurs de santé publique, 1999).

Les services préventifs font référence aux programmes des services éducatifs complémentaires. Ces derniers proposent notamment des services liés à la psychoéducation, la psychologie, l'orthophonie, la promotion de la participation de l'élève à la vie éducative, l'éducation aux droits et aux responsabilités, la santé et les services sociaux (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005).

Une **intervention concertée** désigne des actions menées par tous les intervenants (famille, école, communauté), de manière complémentaire et surtout renforcée mutuellement. Ces actions sont diversifiées, concernent des activités, des programmes susceptibles d'influencer positivement les facteurs clefs du développement des jeunes. Lorsque l'intervention est qualifiée de concertée, elle implique la mise en place de stratégies élaborées conjointement par la direction de l'école et le personnel, les membres du conseil d'établissement, les intervenants des services santé et des services sociaux, les responsables de la Commission scolaire et autres. Cela permet d'assurer dans un même temps une continuité et une cohérence des messages et des actions entreprises. Les différents niveaux concernés sont le jeune, l'école, la famille et la communauté (Deschênes, Martin et Jomphe-Hill, 2003).

Ces actions ont été mises en place afin de contrer certaines tendances peu efficaces liées à la promotion de la santé auprès des enfants d'âge scolaire. En effet, transmettre des connaissances sans viser de changements d'attitudes ou de

comportements, ne pas intégrer d'activités liées à la santé au sein de l'ensemble des activités des jeunes et se concentrer sur des interventions individuelles (en omettant le contexte familial et social du jeune) résumaient les limites du système d'éducation. C'est pour contrer ces limites que l'approche ÉS a été élaborée. Celle-ci semble être un moyen plus approprié pour répondre aux besoins des jeunes, c'est-à-dire lier les objectifs de la santé et de l'éducation en vue de la réussite des jeunes. L'approche doit permettre d'éviter le phénomène d'essoufflement des membres de l'équipe pédagogique. Plus précisément, cette démarche doit faire en sorte de coordonner les actions de promotion et de prévention déployées par chaque intervenant. Les objectifs sont partagés mais le fait de centraliser les actions permet de rehausser la motivation et d'éviter que trop d'actions ne soient effectuées par une seule personne.

### **L'approche ÉS : proposition d'une démarche**

#### **Étape 1 : mobiliser le milieu et faciliter la concertation**

La direction de l'école doit connaître les principes de l'approche ÉS afin de la présenter au conseil d'établissement et ensuite « recruter » les personnes intéressées à former un noyau de départ. La direction de l'école peut alors choisir de confier la mise en place et le contrôle de l'ÉS à un comité existant ou bien en former un nouveau. Idéalement, ce comité doit regrouper des membres du personnel de l'école, des parents, des jeunes (représentants d'élèves par exemple), l'enseignant en ÉPS, un représentant du service de garde en milieu scolaire, un intervenant du CSSS et enfin des partenaires de la communauté intéressés à s'engager dans le déploiement de l'approche ÉS. Le comité doit

partager une vision commune de la situation des jeunes et des principaux enjeux liés à leur réussite éducative, à leur santé et à leur bien-être. La concertation commune guidera le comité au sujet des orientations à privilégier pour la promotion, la prévention et la réussite éducative. Les conclusions de cette concertation pourront dicter les principales actions à envisager dans la perspective des objectifs précédemment cités. Afin que ces rencontres soient efficaces et pertinentes, il est nécessaire de définir les rôles et le partage des responsabilités de chacun (coordination et fréquence des réunions, animation des réunions, suivi, liaison famille-école, etc.). Il faut aussi choisir les mécanismes de prise de décision. Enfin, il est nécessaire de mettre en place les conditions nécessaires à l'implication des intervenants, par exemple la reconnaissance de leur participation, la libération des intervenants à des moments précis, le partage des coûts et des charges.

Le comité responsable du projet doit savoir se remettre en cause et autoévaluer son efficacité. Un questionnaire portant sur la régularité et l'efficacité des réunions, la communication des informations dans l'école, auprès des parents, des partenaires peut assurer un suivi de l'équipe et permettre des ajustements si nécessaire (Bastien et Risler, 2003; Santé Canada, 2004).

### **Étape 2 : analyser la situation**

Il apparaît important que le comité responsable du déploiement de l'approche ÉS connaisse bien les enjeux, les besoins et les possibilités du milieu pour choisir des actions pertinentes et efficaces à envisager.

La plupart des écoles ont déjà un projet éducatif lié à un plan de réussite. Afin d'élaborer celui-ci, la direction de ces écoles a fait un bilan, une analyse de la situation.

L'approche ÉS se base sur ce projet éducatif et l'enrichit en insistant sur les éléments liés à la santé et au bien-être (facteurs clefs et niveaux d'intervention liés à l'approche ÉS).

De nombreuses informations doivent être recueillies afin d'établir l'analyse de la situation. Il importe de caractériser l'école elle-même : le nombre d'élèves, le profil du personnel, le niveau de défavorisation, la réussite scolaire des élèves. Les caractéristiques du milieu représentent aussi des paramètres très influençables (milieu urbain ou rural, conditions de vie des familles, environnement physique, culturel). D'autre part, l'état de santé et du bien-être des élèves doit être étudié. Cet aspect concerne les besoins de base, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, l'estime personnelle des élèves.

Suite à cette étape d'analyse, il est important de se questionner afin de savoir si les actions mises en place répondent bien aux besoins des jeunes, si les projets de l'école sont reliés au projet éducatif et liés au plan de réussite, si on se préoccupe de tous les facteurs clés concernant la réussite éducative, le bien-être et la santé. D'autre part, il faut aussi se demander si les actions mises en place visent le développement des diverses compétences chez les jeunes (coopérer, communiquer de façon appropriée, etc.) et enfin si les actions reconnues efficaces et prometteuses sont utilisées judicieusement (intensité, continuité).

À partir des résultats d'analyse, il est désormais possible d'établir un plan d'action, c'est-à-dire ce qui est à poursuivre, à améliorer, à modifier, ce qui doit s'ajouter ou encore développer ce qui mérite de l'être.

**Étape 3 : bonifier le plan de réussite**

Le projet éducatif et le plan de réussite de l'école réunissent les orientations et les actions pour lesquelles l'école, la famille, le jeune, le CSSS et les autres partenaires ont décidé de s'engager collectivement. « Fruit d'un consensus, il (le projet éducatif) est l'outil qui rassemble toutes les parties autour des mêmes intentions de travail » (Fédération des comités de parents du Québec, 2002). Par ailleurs, l'équipe-école poursuit ses objectifs conformément au Programme de formation de l'école québécoise et conjointement avec les services éducatifs complémentaires (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

À ce stade d'implantation de l'approche ÉS, l'objectif principal est de bonifier le plan de réussite en y ajoutant des actions de promotion et de prévention. Ces modifications s'établissent selon la hiérarchie des besoins, de la pertinence et de la faisabilité de ces actions, et ce selon chaque milieu scolaire. De fait, la priorité est donnée aux actions qui permettent de répondre aux besoins physiologiques de base (manger, boire, se reposer, etc.). Malgré l'évolution de la société et les technologies nouvelles, ces besoins naturels de base ne sont pas comblés pour tous. Certains milieux, par exemple plus défavorisés que d'autres, présentent de réels manques dans ce domaine. Ensuite, la priorité est donnée aux actions liées aux besoins de sécurité physique et psychologique, comme par exemple essayer de réduire les risques de maladie, d'accidents ou l'exposition à un environnement dangereux qui présentent un risque pour l'intégrité des jeunes. Enfin, l'alimentation et l'activité physique représentent aussi des cibles envers lesquels il faut engager des actions. En effet, ces paramètres influencent directement la croissance du jeune (croissance, densité osseuse), sa réussite éducative, sa santé (résistance

immunitaire, prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'obésité) et son bien-être (énergie, condition physique). La priorité est d'augmenter les gains liés aux actions ; ces gains concernent la motivation, l'estime de soi, le rendement cognitif et la concentration.

La priorité de certaines actions plutôt que d'autres est établie en fonction d'une hiérarchie « imposée » par le Ministère de l'Éducation du Québec ; elle doit servir de base, de modèle aux écoles. Ceci dit, suite à l'analyse précise du milieu scolaire, il se dégage alors une hiérarchie naturelle propre à chaque école qui permet de prioriser certaines actions par rapport à d'autres, d'où la nécessité d'une étude sérieuse de l'environnement des élèves.

Suite à l'analyse du milieu scolaire et des besoins des élèves d'une école, de même que de la priorité accordée aux actions à mener, il est essentiel de fixer des objectifs réalistes concernant l'atteinte de ceux-ci. Cette faisabilité est liée aux compétences humaines et au matériel requis, au temps nécessaire pour agir, etc. D'autre part, il faut bien identifier l'amélioration souhaitée, à savoir augmenter le temps consacré à l'activité physique, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, ou bien encore le taux de réussite. Il est nécessaire de préciser si c'est un objectif à court, moyen ou long terme ainsi que la clientèle visée, c'est-à-dire les élèves fréquentant cette école, leurs parents ou les deux. Suite à ces étapes, il faut évaluer l'atteinte des objectifs. Pour cela, il est courant d'utiliser une grille d'observation, un questionnaire, liés à l'amélioration ou au changement visé.

Les actions choisies doivent permettre d'atteindre les objectifs ou au moins de s'en approcher le plus fidèlement possible et ainsi participer au plan de réussite. Ces actions doivent être efficaces en ce qui concerne les apprentissages cognitifs et moteurs, la promotion et la prévention en matière de santé. L'approche ÉS vise une intervention globale auprès du jeune et ce à partir de plusieurs niveaux (école, famille, communauté) et ces actions peuvent se déployer au sein d'un même projet ou situation d'apprentissage.

**Étape 4 : mettre en œuvre le plan de réussite d'une ÉS**

Le plan de réussite et le projet éducatif ne représentent pas une fin en soi, mais plutôt une démarche visant l'atteinte des objectifs. L'aspect essentiel dans ce plan de réussite est le suivi de celui-ci, en soutenant les partenaires ou en affichant des évolutions positives régulières et concrètement mesurables. Expliciter les gains permet de rester concentré et motivé quant au respect et à la mise en place de l'approche ÉS. Afin de soutenir la mobilisation des différents partenaires, il est important d'établir des relations de confiance et un sentiment de respect mutuel entre les intervenants de l'école, les parents et les divers partenaires. Ce climat peut s'installer grâce à des conditions qui considèrent les parents en étant accueillant à des heures propices et facilement accessibles, en leur présentant les objectifs et les moyens mis en place dans le cadre de l'approche ÉS. Cette relation école-parent doit être conviviale et favorable à la concertation. Le maintien de l'engouement pour la vision ÉS passe aussi par un sentiment d'appartenance reconnu par tous les intervenants.

**Étape 5 : poser un regard critique sur les actions**

La situation doit être évaluée régulièrement et il faut alors s'ajuster en apportant les modifications nécessaires. Cela permet d'apprendre à partir de ce que l'on a fait et d'apporter les ajustements nécessaires. L'évaluation régulière permet de savoir si les objectifs visés sont atteints ou non, c'est donc un moyen qui apporte de l'information en vue d'orienter les décisions liées aux actions futures (Deschênes et coll., 2001).

En revanche, même si l'évaluation est un processus important, elle ne doit pas primer sur l'intervention elle-même (Santé Canada, 2004). Elle permet de surveiller et donc améliorer les interventions et non pas être un obstacle à la réalisation de celles-ci. Chaque paramètre d'une intervention ne peut pas être évalué ; il importe donc de prioriser certains éléments et rester dans l'essentiel.

Parallèlement à l'évaluation des actions menées, il est essentiel de juger les résultats obtenus : on parle alors de l'évaluation des impacts. Cette dernière mesure l'évolution des comportements et vérifie s'ils sont ou non le fruit des actions mises en place, ce qui permet de les modifier le cas échéant. Suite à l'évaluation des impacts, il est primordial de juger dans quelle mesure les objectifs visés ont été atteints (apparition de comportements sains et sécuritaires, changement d'opinion et d'attitudes, changements ou améliorations sur le plan de la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes) et il faut aussi analyser les effets imprévus (positifs ou non) qu'ont engendrés les actions mises en place.

En résumé, grâce à l'entente entre les réseaux de santé et de l'éducation, le système scolaire et ses partenaires sont tous conviés à promouvoir et à développer



l'approche ÉS. Rappelons que les objectifs principaux de cette approche visent la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes.

Cette approche doit être considérée comme un outil pour aider l'école à atteindre ses objectifs et aussi faire converger les préoccupations des acteurs concernés en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être des jeunes. Cette vision favorise un réagencement des pratiques tout respectant le renouveau pédagogique ainsi que le Programme national de santé publique.

### **Problématique**

Les adultes de demain sont les jeunes d'aujourd'hui, c'est pourquoi il est important de proposer aux élèves d'aujourd'hui les meilleures conditions de réussite éducative, de santé et de bien-être afin qu'ils se développent le plus sainement possible. Cette prise en charge des jeunes est essentielle dans la construction de leur identité, dans leurs habitudes de vie et, par conséquent, dans leur santé future. Ce défi est crucial surtout si l'on tient compte que les jeunes qui souffrent d'obésité (30 à 50% des enfants de 7 ans et 50 à 70% des adolescents de 9 à 16 ans) tendent à devenir des adultes obèses (Direction de la Santé Publique de la Montérégie, 2005).

Les résultats recensés démontrent que le comportement acquis en bas âge influence fortement la conduite à l'âge adulte. Outre le foyer familial, l'école est le lieu le plus fréquenté par les jeunes. L'école doit fournir notamment un environnement sûr, un enseignement disciplinaire de qualité et des activités physiques organisées dans un cadre

sécuritaire. Pour améliorer les habitudes de vie des élèves, l'établissement scolaire doit proposer des activités de promotion de la santé avec une approche multidisciplinaire.

À ce stade-ci du déploiement de l'approche ÉS dans les milieux scolaires québécois, il s'avère pertinent de documenter ce processus de manière à mieux cerner la complexité du phénomène à l'étude. La revue de littérature de Rowan, Vanier et Léry (2003) a révélé que le concept d'ÉS est né au cours des années 80' et que diverses initiatives scolaires en matière de santé ont été étudiées. À titre d'exemple, des chercheurs ont utilisé le système éducatif, plus particulièrement dix écoles primaires de Leeds (Angleterre), afin d'implanter et mesurer l'impact d'un programme destiné à diminuer les facteurs de risque d'obésité chez les élèves (Sahota, Rudolf, Dixey, Hill, Barth et Cade, 2001). Au total, près de 650 élèves âgés de 7 à 11 ans ont participé à l'étude pendant un an. Les parents comme les enseignants ont aussi répondu à un questionnaire afin de savoir quelles habitudes de vie ou caractéristiques de l'école ils souhaitaient voir s'améliorer. Les résultats de cette recherche indiquent que les connaissances et habitudes de vie des élèves se sont améliorées. Par exemple, la consommation de légumes à l'école a augmenté de 50% et la consommation de fruits est devenue plus régulière. De façon plus globale, ce sont les connaissances et une grande préoccupation liées aux comportements sains face à l'activité physique et l'alimentation qui se sont démarquées.

En Australie, une étude portant sur un projet pilote de promotion de la santé dans des écoles secondaires a suggéré différents principes pour faciliter l'implantation d'une approche de promotion de la santé en milieu scolaire : obtenir un soutien important du

milieu scolaire, identifier des personnes clés du milieu scolaire intéressées et motivées à s'engager dans des actions, réaménager le travail de ces personnes et les dégager de certaines de leurs tâches régulières (Lynagh et coll., 1999). Les résultats de cette étude ont révélé quelques obstacles que les écoles participantes ont rencontrés durant la phase d'implantation du projet, soit le manque de soutien de la direction ou du département et le manque de connaissances des enseignants en promotion de la santé.

Aux États-Unis, St-Léger et Nutbeam (2000) ont relevé diverses initiatives comme le *Coordinated school health program* qui s'inspire des stratégies de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1996) et de la publication d'un document fournissant un cadre de travail pour l'approche globale de la santé en milieu scolaire (Association Canadienne pour l'Éducation à la Santé, 1993).

Au Québec, les travaux de Arcand (1998), Paquin (2000) et Deschênes et coll., (2001), par exemple, ont été réalisés dans des écoles primaires et secondaires des régions de Laval, Laurentides et Outaouais. Les résultats communs à ces trois études révèlent que les facteurs ayant facilité la réalisation des projets en santé relèvent de la structure organisationnelle de l'école, du fonctionnement de l'équipe projet et des caractéristiques des intervenants à l'école et de certains membres de la communauté.

L'approche ÉS propose d'intervenir auprès des élèves québécois du primaire et du secondaire de façon globale et concertée. Cela se matérialise par un ensemble d'actions mises en place conjointement par les différents intervenants (personnels enseignant et non enseignant, parents et membres de la communauté) soucieux de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des enfants. La mise en application concrète de cette approche

reste cependant modeste et n'a touché jusqu'à présent que quelques établissements scolaires : le plan d'action prévoit que d'ici la fin de l'année scolaire 2006-2007, au moins une école primaire et une école secondaire aient complété toutes les étapes de mise en œuvre de l'approche ÉS. Dans ce contexte, peu d'écoles sont actuellement engagées dans le processus ÉS puisqu'elles sont ciblées et systématiquement accompagnées par les réseaux responsables de la mise en œuvre de l'approche ÉS (Ministère de l'éducation, du loisir et du sport, 2005).

D'un autre côté, l'implantation de l'approche ÉS dans l'école concernée par la présente recherche bénéficie d'un appui total de la part de la direction et des intervenants scolaires, en plus d'une collaboration de chercheurs universitaires et d'un support apparent des familles. C'est pourquoi le rôle moteur du projet dans cette école et son importance en vue de la dissémination de l'approche ÉS dans la province du Québec ne sont pas à négliger.

### **Objectif de recherche**

Les orientations de l'approche ÉS constituent une piste de recherche novatrice et guident la présente étude. Associé à la deuxième étape de déploiement de l'approche ÉS (analyse du milieu), l'objectif de l'étude est de dresser le portrait de la situation initiale des élèves d'une école primaire au Québec. Les caractéristiques des élèves retenues pour l'étude ont été identifiées en tenant compte du milieu et elles sont associées à deux facteurs clefs du développement du jeune tels que proposés par l'approche ÉS, soit les *saines habitudes de vie* (activité physique, alimentation, hygiène dentaire et sommeil) et

les *comportements sains et sécuritaires* (respect des règles lors de pratiques sportives ou de déplacements routiers et piétonniers).

La démarche de recherche vise à enrichir le plan de réussite de l'école en y intégrant l'approche ÉS. À l'an 1 du déploiement de cette approche, la description du portrait des habitudes de vie et des comportements sains et sécuritaires des élèves est déterminante afin de revoir judicieusement le plan de réussite de l'école. À l'an 2 du déploiement de l'approche ÉS, une seconde analyse du milieu pourrait prendre en compte d'autres facteurs clefs du développement du jeune. Quoiqu'il en soit, d'autres analyses pourraient être orientées vers un volet qualitatif, prenant en compte les perceptions des acteurs (élèves, enseignants, parents, membres de la communauté) mobilisés pour une École en santé, ce qui permettrait d'engager des actions encore plus ciblées et précises. De plus, les résultats de la présente étude pourront servir de base de comparaison afin d'analyser l'évolution des élèves à travers les années.

### **Cadre théorique**

L'étude des initiatives scolaires, comme l'approche ÉS, peut s'appuyer selon différents modèles théoriques. Le paradigme le plus pertinent et qui offre un cadre de référence approprié à cette approche est la théorie de la « diffusion d'innovations » de Rogers (2003). L'approche ÉS et ce modèle sont constitués de parallèles : une idée, une pratique et un programme qui représente une découverte pour la population cible. La théorie de Rogers décrit les étapes qu'une institution doit suivre en vue d'implanter de nouvelles initiatives en matière de promotion de la santé. (1) Le **développement** de

l'innovation réfère à toutes les décisions prises et actions engagées, dès l'annonce de l'innovation, qui mèneront à son développement. (2) La **dissémination** représente le système de communication utilisé dans le but de faire découvrir l'innovation auprès de la population concernée. (3) L'**adoption** est le processus qui renvoie à la prise en charge de l'innovation par la population cible. Cette étape est décisive puisqu'elle permet de prendre conscience des nouvelles préoccupations, comme les besoins réels de la population cible, l'attitude des sujets face à l'innovation ou bien encore les obstacles à surmonter pour l'adoption proprement dite. (4) L'**implantation**, fait référence aux premières utilisations de l'innovation par la population concernée. (5) Le **maintien** de l'innovation qui devient omniprésente au sein de la population cible.

De façon globale, le modèle de Rogers offre une structure d'organisation qui se décompose en plusieurs phases : le développement, l'adoption, l'implantation et le maintien de l'approche ÉS en milieu scolaire. Il permet de décrire les démarches qui pourraient être proposées à l'institution scolaire afin de modifier et améliorer le plan de réussite de l'école. De plus, le déploiement de l'approche ÉS, selon le paradigme de Rogers assure en même temps la pertinence et la rigueur scientifique que nécessite toute démarche de recherche.

## **Chapitre 2**

### **Méthodologie**

#### L'école

L'établissement scolaire étudié est une école primaire située sur le territoire de la Commission Scolaire de l'Énergie et son indice de défavorisation est de 9 sur 10.

#### Échantillon de participants

Les participants sont 226 élèves. Leur répartition à travers les réponses aux questions posées varie puisque seules les réponses valides ont été comptabilisées. En réalité, 222 élèves ont fourni des réponses valides, soit 101 filles et 121 garçons. Les élèves sont âgés entre 6 et 12 ans et sont répartis comme suit : 63 élèves au premier cycle, 87 au deuxième cycle et 72 au troisième cycle (voir tableau 1).

#### Le milieu socioculturel

La structure de la cellule familiale est bien souvent fortement influencée par le milieu social. Le milieu étudié est constitué de plus de familles monoparentales (106) que biparentales (98). Les autres familles se partagent la garde des enfants (22) et, parmi ces dernières, 10 doivent même se référer à un tuteur. En somme, 54% des enfants (sinon davantage) proviennent d'une famille dite éclatée.

Tableau 1

Répartition des élèves par année et par cycle d'enseignement

	Nombre	Pourcentage (%)
Classe mixte du 1er cycle	28 Filles – 35 Garçons	49,2% de Filles 50,8 % de Garçons
1 <sup>ère</sup> année	31	14,0 %
2 <sup>ème</sup> année	32	14,4 %
Total 1er cycle	63	28,4 %
Classe mixte du 2ème cycle	41 Filles – 46 Garçons	48,2% de Filles 51,8% de Garçons
3 <sup>ème</sup> année	45	20,3 %
4 <sup>ème</sup> année	42	18,8 %
Total 2ème cycle	87	39,1 %
Classe mixte du 3ème cycle	31 Filles – 41 Garçons	43% de Filles 57% de Garçons
5 <sup>ème</sup> année	35	16,0 %
6 <sup>ème</sup> année	37	16,5 %
Total 3ème cycle	72	32,5 %
Total	222	100,0%



### **Instrumentation d'enquête**

Les questionnaires destinés aux élèves ont été élaborés et validés en collaboration avec les membres du comité ÉS. Ce comité est par ailleurs dirigé par la direction de l'établissement scolaire et est composé de personnels enseignant et non enseignant, de parents et de membres de la communauté. Tenant compte du milieu à l'étude et des facteurs clefs du développement du jeune, les questionnaires couvrent deux volets : (1) les saines habitudes de vie (activité physique, alimentation, hygiène dentaire et sommeil) et (2) les comportements sains et sécuritaires (respect des règles lors de loisirs et pratiques sportives ou de déplacements routiers et piétonniers).

### **Collecte des données**

Les questionnaires ont été administrés par les titulaires de classe et ce, en respect avec des modalités pré-établies. Les élèves des premier et deuxième cycles ont participé à la passation de deux questionnaires distincts. Un premier questionnaire, complété individuellement, amène chaque élève à encercler ses réponses, soit sous forme d'énoncés ou de petites images (Annexes 1 et 2). Outre ce questionnaire composé de 14 questions, le titulaire s'entretenait chaque matin de la semaine d'école avec les élèves (de façon individuelle) sur les activités ou tâches réalisées la journée précédente et il colligeait ces informations dans un journal quotidien (Annexe 3). Ce journal, complémentaire au questionnaire individuel, informe sur la fréquence d'apparition d'une habitude, comme l'hygiène dentaire (brossage de dents le soir précédent), ou l'alimentation (consommation de fruits et légumes au souper précédent). Le journal quotidien a été proposé aux élèves

des cycles un et deux car il a été jugé plus précis et valide de leur demander ces informations plus régulièrement plutôt qu'en une seule fois à la fin de la semaine.

Les élèves du troisième cycle ont aussi complété un questionnaire individuel composé de 24 questions (Annexe 4). Les mêmes thèmes ont été couverts que ceux adressés aux premier et deuxième cycles, à l'exception de l'ajout d'une question liée aux comportements sains et sécuritaires portant sur la sexualité. L'équipe École en Santé a jugé que ces élèves âgés de 10 à 12 ans étaient capables de faire le bilan et de se souvenir de leurs activités et de leurs fréquences respectives, et c'est pourquoi aucun journal quotidien ne leur a été proposé. Toutes les questions étaient récapitulées dans un questionnaire individuel plus complet (24 items au lieu des 14 des cycles un et deux).

En ce qui concerne les modalités de passation des questionnaires individuels, les titulaires devaient lire à voix haute chaque question et devaient ensuite expliquer chaque réponse proposée. Ces modalités ont permis d'éviter toute mauvaise interprétation de la part des élèves et d'assurer une cohérence interne.

Les réponses des questionnaires ont été compilées et intégrées au logiciel de traitement statistique SPSS. À partir de ce dernier, il a été possible d'obtenir des fréquences de réponses des élèves selon deux types de répartition : en fonction du nombre brut d'élèves ayant choisi cette réponse et du pourcentage associé par rapport au nombre total de répondants. D'autre part, ce logiciel permet aussi l'élaboration de tableaux croisés, ce qui permet d'examiner des relations entre différentes questions et plusieurs comportements associés et d'en faire le test.

## **Chapitre 3**

### **Résultats et interprétation**

Les résultats suivants ont été obtenus à partir des informations collectées par le biais des questionnaires proposés aux 226 élèves de l'école primaire. Il est toutefois important de noter que seules les réponses valides ont été comptabilisées dans l'analyse des réponses : celles manquantes ou celles manifestement pas en lien avec la question ont été écartées. C'est pourquoi le total des réponses exprimées dans les tableaux suivants peut varier.

Rappelons que l'établissement scolaire vient d'amorcer le déploiement de l'approche ÉS. En clair, la première étape liée à la mobilisation et la concertation des intervenants s'est amorcée à l'automne 2005. La collecte des données liée à la deuxième étape (analyse du milieu) a été réalisée au cours de la même année scolaire, soit à l'hiver 2006.

Les données descriptives sont présentées par facteur clef de développement du jeune à l'école primaire : saines habitudes de vie et comportements sains et sécuritaires. Certaines interrelations entre différents comportements et attitudes sont ensuite exposées.

### Facteur 1 : Saines habitudes de vie

Le tableau 2 montre la répartition des réponses des élèves à la question sur l'importance de la pratique d'une activité physique après l'école. Suite au test du Khi-deux, il existe une différence significative sur la pratique de l'activité physique en dehors de l'école selon le cycle ( $\chi^2 = 28,78$  ;  $df=6$  ;  $p<0,01$ ). En effet, le premier cycle présente des valeurs très proches de celles du troisième cycle, et cela dans les quatre réponses proposées. Les différences majeures concernent le second cycle, indiquant une pratique sportive plus régulière (5 fois et plus par semaine) qui concerne 57% de ces élèves. Seuls 31,7% des élèves du premier cycle et 25,4% du troisième cycle avouent faire du sport dans les mêmes conditions. Cette tendance se confirme au vu des réponses concernant les catégories « 1 à 2 fois par semaine » et « 3 à 4 fois par semaine », qui sont bien plus élevées chez les élèves des premier et troisième cycles que chez les élèves du second cycle.

Tableau 2

Question : « Je fais de l'activité physique pendant au moins 30 minutes en-dehors de mes cours d'éducation physique et des récréations »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
jamais	0,0 (0)	7,0 (6)	4,5 (3)	3,8
1 à 2 fois par semaine	27,0 (17)	18,6 (16)	20,9 (14)	22,2
3 à 4 fois par semaine	41,3 (26)	17,4 (15)	49,3 (33)	36,0
plus de 5 fois par semaine	31,7 (20)	57,0 (49)	25,4 (17)	38,0

Suite à l'analyse au test Khi-deux, il existe une relation assez faible entre l'activité choisie après l'école et le cycle ( $\chi^2=19,97$  ;  $dl=6$  ;  $p<0,01$ ) : voir le tableau 3. Il est possible d'indiquer que les élèves du troisième cycle passent plus de temps devant la télévision que les élèves des deux autres cycles. Il est aussi possible de noter que les élèves du cycle deux étudient moins que les autres et passent plus de temps à jouer ou à faire de l'activité physique.

Tableau 3

Question : « Quand je rentre de l'école : ... »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
je joue aux jeux vidéo ou je regarde la télévision	9,8 (6)	14,1 (12)	27,3 (18)	17,2
j'étudie	41,0 (25)	28,2 (24)	42,4 (28)	37,1
je fais du sport	29,5 (6)	32,9 (28)	19,7 (13)	27,4
je joue dehors	19,7 (12)	24,7 (21)	10,6 (7)	18,3

Les tableaux 4 et 5 montrent les préférences alimentaires des élèves pour leurs collations. Selon les résultats au test Khi-deux, il ne semble pas y avoir de différence significative entre ce que mangent les enfants des cycles un et deux ( $\chi^2=2,47$  ;  $dl=3$  ;  $p>0,05$ ). Il est facile de constater que les élèves des cycles un, deux et trois consomment beaucoup de fruits et légumes par rapport aux diverses friandises, chips et biscuits. D'autre part, il est intéressant de noter que 9% des élèves du cycle trois indiquent qu'ils ne mangent pas entre les repas. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, ce sont les

garçons qui ont répondu majoritairement (66%) à cette proposition. Seules 33% des filles préfèrent ne rien manger entre les repas même si elles ont faim (Tableau 5 bis). Il aurait été possible de prévoir le contraire pour des raisons d'image corporelle, de poids : deux notions, en général, plus importantes et préoccupantes pour les filles.

Tableau 4

Question (cycles un et deux) : « Quand j'ai faim entre les repas, je mange : ... »

	Cycle 1	Cycle 2	Total
des fruits	63,3 (41)	66,7 (58)	65,0
du fromage, yogourt	11,7 (7)	14,3 (12)	13,0
des chips	13,3 (8)	4,8 (5)	9,1
des biscuits, friandises	11,7 (7)	14,3 (12)	13,0

Tableau 5

Question (cycle 3) : « Quand j'ai faim entre les repas, je mange :... »

	Cycle 3
des fruits ou des légumes	52,2 (37)
du fromage, yogourt	20,9 (15)
des biscuits, friandises	17,9 (13)
Je ne mange rien	9,0 (7)

Tableau 5 bis

Tableau croisé entre : « Je ne mange rien » et le facteur « sexe »

	Garçons	Filles
« Je ne mange rien »	66 (4)	33 (2)

Dans le tableau 6 se retrouve la répartition croisée des réponses touchant d'une part le contenu des collations et d'autre part la nature de l'activité extra-scolaire pour les élèves des trois cycles. Selon les résultats au test Khi-deux, il est impossible d'affirmer qu'il existe une dépendance ou une association quelconque entre l'activité choisie après l'école et l'alimentation entre les repas ( $11,73$  ;  $dl=9$  ;  $p>0,05$ ).

Tableau 6

Questions croisées : Activité après l'école (tableau 3) et Collation (tableaux 4 et 5)

		Quand j'ai faim entre les repas, je mange :			
		Des fruits	Du fromage	Des chips	Des biscuits, friandises
Quand je rentre de l'école,	Je fais du sport	9	4	1	3
	Je joue dehors	36	7	1	4
	J'étudie	32	5	4	6
	Je regarde la télévision	17	4	6	6

Ce que les élèves disent boire habituellement se trouve présenté au tableau 7. Selon l'analyse statistique, il n'existe aucune influence entre le cycle et la boisson consommée entre les repas ( $\chi^2=1,25$  ;  $dl=3$  ;  $p> 0,05$ ). Il est permis de dire que ces jeunes élèves préfèrent largement l'eau et le jus plutôt que le lait et les boissons gazeuses.

Les tableaux 8 et 9 se rapportent quant à eux à la consommation habituelle de fruits et légumes chez les jeunes, selon le cycle. L'analyse au test Khi-deux révèle que le facteur cycle n'influence aucunement la quantité de légumes consommés par semaine

( $\chi^2=2,45$  ;  $dl=3$  ;  $p>0,05$ ). En revanche, il est possible d'affirmer qu'ils en mangent assez souvent puisque 76,2% au cycle un et 82,8% au cycle deux en consomment au moins 5 fois pas semaine.

Tableau 7

Question : « Quand j'ai soif, je bois :... »

	Cycle 1	Cycle 2	Total
de l'eau	50,8 (32)	48,2 (42)	49,5
du lait	16,4 (10)	16,5 (14)	16,5
du jus	23,0 (15)	29,4 (26)	26,0
des boissons gazeuses	9,8 (6)	5,9 (5)	7,8

Tableau 8

Question (cycles un et deux) : « Je mange des fruits et légumes :... »

	Cycle 1	Cycle 2	Total
1 à 2 fois par semaine	4,8 (3)	6,9 (6)	5,8
3 à 4 fois par semaine	19,0 (12)	10,3 (9)	14,6
plus de 5 fois par semaine	76,2 (48)	82,8 (72)	79,5



Tableau 9

Question (cycle trois) : « Je mange des fruits et légumes :... »

	Cycle 3
Jamais	1,5 (1)
1 à 6 fruits ou légumes par semaine	10,6 (7)
7 à 14 fruits et légumes par semaine	27,3 (18)
plus de 15 fruits et légumes par semaine	60,6 (40)

Tableau 10

Question : « Je prends un déjeuner avant d'aller à l'école:... »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
1 à 2 fois par semaine	0,0 (0)	1,2 (1)	7,5 (5)	2,9
3 à 4 fois par semaine	28,6 (18)	9,1 (8)	10,4 (7)	16,0
plus de 5 fois par semaine	71,4 (45)	89,7 (78)	82,1 (55)	81,1

Le test Khi-deux, appliqué aux données du tableau 10, nous indique qu'il existe une relation significative entre le nombre de petits déjeuners consommés et le cycle des élèves ( $\chi^2=19,85$  ;  $dl=4$  ;  $p<0,01$ ). Il est étonnant de constater l'évolution grandissante du nombre d'élèves qui ne se nourrissent pas le matin à celui qui avoue déjeuner « 1 à 2 fois par semaine ». Ces résultats indiquent aussi que le nombre moyen de déjeuners, soit « 3 à 4 fois par semaine », régresse significativement entre le cycle un et les deux autres cycles. Cette dernière baisse est à mettre au profit des réponses « plus de 5 déjeuners par

semaine » qui sont en croissance entre le cycle un et deux, pour finalement diminuer légèrement au dernier cycle.

Le tableau 11 donne une image de la forme dans laquelle se sentent les jeunes le matin, avant d'aller à l'école. L'analyse permet d'affirmer qu'il existe une relation significative entre l'état de forme du matin et le cycle des élèves ( $\chi^2=23,45$  ;  $dl=4$  ;  $p<0,01$ ). En effet, le nombre d'élèves qui se sentent en pleine forme le matin décroît du cycle un jusqu'au cycle trois (respectivement 45%, 19% et 14,9%). Cette tendance, liée à un sentiment de lassitude, se retrouve dans les résultats de la catégorie « je suis un peu fatigué le matin ». En effet, cette catégorie de réponses ne fait qu'augmenter du cycle un jusqu'au cycle trois (respectivement 28,3%, 51,2% et 62,7%). Cela veut dire que plus les élèves vieillissent, plus ils se sentent fatigués au réveil du matin. En revanche, il n'existe pas de différence significative quant à l'évolution de la réponse « le réveil est très difficile » puisque les valeurs restent assez similaires tout au long des trois cycles.

Tableau 11

Question : « Le matin, quand je me lève pour aller à l'école :... »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
je suis en pleine forme	45,0 (29)	19,0 (17)	14,9 (11)	26,3
je suis un peu fatigué	28,3 (18)	51,2 (45)	62,7 (45)	47,4
le réveil est très difficile	26,7 (16)	29,8 (25)	22,4 (16)	26,3

La fréquence du brossage des dents est indiquée au tableau 12. Les résultats de cette analyse suggèrent qu'il existe une influence significative du cycle sur le nombre de brossages de dents (le matin) par semaine ( $\chi^2=10,52$  ;  $dl=3$  ;  $p<0,05$ ). En effet, plus l'élève grandit et plus il se brosse les dents. Il est même facile de constater que le nombre d'élèves qui ne se brossent pas les dents le matin (0 fois par semaine) passe de 12,7% au cycle un à 2,3% au cycle deux. D'autre part, la catégorie de réponse « 3 à 4 fois par semaine » augmente en flèche entre le cycle un, à 8,0%, pour atteindre presque 22% au cycle deux. Quant au brossage de dents le soir, les résultats du test Khi-deux au tableau 13 démontrent qu'il existe une relation significative entre le nombre de brossages des dents le soir et le facteur cycle ( $\chi^2=13,63$  ;  $dl=3$  ;  $p<0,01$ ) : en effet, plus les élèves vieillissent et plus ils se brossent les dents le soir.

Tableau 12

Question (cycles un et deux) : « Je me brosse les dents le matin :... »

	Cycle 1	Cycle 2
Aucune fois	12,7 (8)	2,3 (2)
1 à 2 fois par semaine	12,7 (8)	10,3 (9)
3 à 4 fois par semaine	8,0 (5)	21,9 (19)
plus de 5 fois par semaine	67,6(42)	65,5 (57)

Tableau 13 :

Question (cycles un et deux) : « Je me brosse les dents le soir :... »

	Cycle 1	Cycle 2	Total
Aucune fois	9,6 (6)	0 (0)	4,8
1 à 2 fois par semaine	12,7 (8)	4,6 (4)	8,7
3 à 4 fois par semaine	7,9 (5)	16,1 (14)	12,0
plus de 5 fois par semaine	69,8 (44)	79,3 (69)	74,5

Tableau 14

Question (cycle trois) : « Je me brosse les dents :... »

	Cycle 3
une fois par jour	19,4 (14)
deux fois par jour	49,3 (36)
trois fois par jour	31,3 (22)

Les tableaux 12 et 13 révèlent que le nombre de réponses associées aux catégories « aucune fois » et « 1 à 2 fois semaine » régresse de façon significative entre le cycle un et le cycle deux. De ce fait, ce sont les réponses aux catégories « 3 à 4 fois par semaine » et « plus de 5 fois par semaine » qui augmentent clairement. Pour être plus précis, le pourcentage associé à la réponse « 3 à 4 fois par semaine » double lors du passage du cycle un au cycle deux (7,9% à 16,1%).

L'évolution de la fréquence de brossage de dents constatée entre le cycle un et le cycle deux se confirme au cycle trois (tableau 14). Plus précisément, tous les élèves du

cycle trois se brossent les dents au moins une fois par jour (19,4%), atteignant même 3 brossages par jour pour 31,3% d'entre eux. En résumé, il est possible d'affirmer qu'avec l'évolution des cycles et donc de l'âge, les élèves se brossent plus les dents une fois au cycle trois.

### **Facteur 2 : Comportements sains et sécuritaires**

Concernant les questions relatives au facteur 2, le tableau 15 indique le degré de respect des règles qu'ont les élèves durant leurs pratiques sportives. La relation entre le comportement lié au respect des règles lors des activités sportives et le cycle est très significative sur le plan statistique ( $\chi^2=44,1$  ;  $dl=4$  ;  $p<0,01$ ). Il apparaît très clairement que les cycles un et trois présentent des valeurs sensiblement identiques. Ces deux cycles respectent toujours les règles pour 80,0% au cycle un et 75,8% au cycle trois. En revanche, presque 22% des élèves du cycle deux avouent ne jamais les respecter et seulement 38,8% les respectent toujours. En résumé, il est facile de constater que le comportement des élèves du cycle deux se distingue vraiment par rapport à tous les autres élèves : ils sont beaucoup moins respectueux des règles lors des pratiques sportives.

Tableau 15

Question : « Je respecte les règles lors des activités sportives... »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
toujours	80,0 (50)	38,8 (34)	75,8 (55)	64,9
quelques fois	18,3 (12)	40,0 (35)	24,2 (17)	27,5
jamais	1,7 (1)	21,2 (18)	0,0 (0)	7,6

L'habitude de porter de l'équipement de protection durant la pratique sportive est indiquée au tableau 16. L'analyse statistique révèle qu'il existe un fort impact du cycle de l'élève sur le port de l'équipement de protection durant le sport ( $\chi^2=43,7$  ;  $dl=4$  ;  $p<0,01$ ). Le cycle un se démarque des deux autres puisque 54,1% des élèves ne portent jamais d'équipement de protection, ces chiffres diminuant jusqu'à 17% (cycle deux) et 17,9% (cycle trois). Les élèves du cycle un se protègent donc beaucoup moins que les autres. Cette tendance se confirme puisque aucun élève du cycle un ne se protège toujours, contrairement à 36,8% (cycle deux) et 26,9% pour le cycle trois.

Tableau 16

Question : « Je porte l'équipement de protection durant mes activités sportives :... »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
jamais	54,1 (33)	17,0 (15)	17,9 (13)	29,7
quelques fois	45,9 (30)	45,2 (39)	55,2 (40)	48,8
toujours	0,0 (0)	36,8 (33)	26,9 (19)	21,23

Tableau 17

Questions croisées : Respect des règles (tableau 15) et Port d'équipement de protection (tableau 16)

		Je respecte les règles durant les activités sportives		
		Toujours	Quelques fois	jamais
Je porte l'équipement lors de mes activités sportives	Jamais	(38)	(13)	(3)
	Quelques fois	(70)	(29)	(4)
	Toujours	(41)	(7)	(1)

La relation entre le respect des règles et le port d'équipement approprié durant le sport est examinée au tableau 17 : le test Khi-deux ne rapporte aucune relation significative entre ces deux comportements ( $\chi^2=4,7$  ;  $dl=4$  ;  $p>0,05$ ).

Le tableau 18 concerne quant à lui le respect du code de la sécurité routière. Le résultat du test Khi-deux indique de façon significative qu'il existe une variation très importante des réponses selon le cycle ( $\chi^2=101,2$  ;  $dl=4$  ;  $p<0,01$ ). Les réponses démontrent que les enfants respectent de moins en moins le code de la sécurité routière lors de leurs déplacements piétonniers. Le nombre de réponses à la catégorie « toujours » diminue de 73,3% (cycle un) pour finalement atteindre 3% au cycle trois. Cette évolution est observable au sein des autres catégories puisque la catégorie « quelques fois » augmente de 16,7% (cycle un) à 28,2% (cycle deux) pour atteindre un sommet de 53,7% au cycle trois. La dernière réponse qui consiste à ne jamais le respecter augmente considérablement avec les cycles, soit de 10,0% à 43,3%.

Tableau 18

Question : « Je respecte le code de la sécurité routière durant mes déplacements à pieds »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3
toujours	73,3 (46)	69,4 (60)	3,0 (2)
quelques fois	16,7 (11)	28,2 (25)	53,7 (39)
jamais	10,0 (6)	2,4 (2)	43,3 (31)

Le tableau 19 illustre la relation entre les deux habitudes sécuritaires, soit le port d'équipements de protection sportif et le respect du code de la sécurité routière. Au vu des résultats produits par le test Khi-deux, il est permis d'affirmer qu'il n'existe pas d'association significative entre les deux ( $\chi^2=7,6$  ; dl=4 ;  $p>0,05$ ).

Tableau 19

Questions croisées : Port d'équipement de protection (tableau 16) et Respect du code de sécurité routière (tableau 18)

		Je respecte le code de la sécurité routière lors de mes déplacements piétonniers		
		Toujours	Quelques fois	jamais
Je porte l'équipement lors de mes activités sportives	Jamais	(41)	(16)	(5)
	Quelques fois	(58)	(41)	(4)
	Toujours	(36)	(12)	(1)



Tableau 20

Questions croisées : Je me suis déjà battu et Respect du code de sécurité routière lors de mes déplacements piétonniers

		Je respecte le code de la sécurité routière lors de mes déplacements piétonniers			
		Toujours	Quelques fois	jamais	Total
Je me suis déjà battu	Oui	30,6 (26)	49,4 (42)	20,0 (7)	100 (85)
	Non	58,6 (82)	18,6 (26)	22,8 (32)	100 (140)

Y a-t-il un lien entre la « combativité » des jeunes et leur degré de respect du code de la sécurité routière ? Le tableau 20 et le test Khi-deux permettent d'affirmer qu'il existe une corrélation très forte entre le fait de ne guère respecter le code de la route lors des déplacements piétonniers et le fait de s'être déjà battu ( $\chi^2=32,1$  ;  $dl=2$  ;  $p<0,01$ ). Parmi ceux qui se sont déjà battus, près de la moitié d'entre eux indiquent qu'ils respectent le code de la route seulement « quelques fois » et parmi ceux qui ne se sont jamais battus, 58,6% le respectent toujours. Cela revient à dire que plus le code de la sécurité routière est respecté, moins les élèves sont portés à se battre.

L'absentéisme à l'école par crainte d'une atteinte à la sécurité est indiqué au tableau 21. Suite au test Khi-deux, il est possible d'affirmer qu'il n'existe pas de variation sérieuse d'un cycle à l'autre pour cette variable ( $\chi^2=0,46$  ;  $dl=2$  ;  $p>0,5$ ). Il est tout de même important de préciser que les élèves concernés par cette situation représentent une proportion similaire au sein des trois cycles, c'est-à-dire proche de 6 à 7%.

Tableau 21

Question : «Je me suis déjà absenté(e) parce que je ne me sentais pas en sécurité à l'école »

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Total
Oui	7,3 (5)	5,9 (5)	7,5 (6)	20,7
Non	92,7 (58)	94,1 (82)	92,5 (66)	93,1

Le tableau 22, enfin, présente les habitudes de vie que les plus vieux élèves, ceux du cycle trois, envisagent de modifier. La répartition indiquée a été faite à partir de trois habitudes que chaque élève devait indiquer, les préférences de l'ensemble étant compilées et présentées en ordre décroissant : nous retenons particulièrement le sommeil, l'alimentation, la pratique d'activité physique et l'hygiène dentaire.

Tableau 22

Question (cycle trois) : « J'ai l'intention de modifier les 3 habitudes de vie suivantes »

	Habitudes de vie	Pourcentage valide
#1	mon sommeil	23,4 %
#2	mon alimentation	22,9 %
#3	ma pratique d'activité physique	19,5 %
#4	mon hygiène dentaire	18,4 %
#5	Mes comportements durant ma pratique d'activité physique	9,6 %
#6	mes comportements violents	6,2 %

## **Chapitre 4**

### **Discussion**

L'analyse de la situation sous l'angle de l'approche ÉS, en considérant les caractéristiques des élèves de ce milieu scolaire, révèle que les habitudes de vie des élèves de cette école primaire ne sont pas irréprochables. Les principaux résultats discutés seront présentés selon les facteurs clefs de développement du jeune, c'est-à-dire les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires.

#### **Facteur 1 : les saines habitudes de vie**

##### Activités physiques

Selon le rapport du Comité scientifique de Kino-Québec (2005), un jeune âgé de 5 à 17 ans devrait faire au moins 60 minutes de marche rapide ou l'équivalent par jour. Le même niveau d'activité peut être atteint en pratiquant diverses activités et en fonction de l'intensité et de la fréquence. En outre, chez les jeunes de ce groupe d'âge, une fréquence de cinq fois par semaine au minimum devrait être observée. Les jeunes élèves de l'école étudiée ne répondent donc pas aux exigences de ces recommandations puisque seulement 38% des élèves indiquent qu'ils pratiquent cinq fois et plus de l'activité physique par semaine en dehors de l'école. Il est possible de considérer ces élèves comme répondant aux critères émis par le Comité scientifique de Kino-Québec si on y ajoute l'activité

physique pratiquée à l'école et si on suppose que l'intensité de cette pratique est assez élevée. Les autres élèves de cet établissement, soit 62% de l'école, ne pratiquent donc pas assez d'activités physiques. Par ailleurs, le Comité scientifique de Kino-Québec (1998-2000) a aussi démontré qu'une enfance active diminue le risque d'apparition de maladies comme le diabète ou des problèmes d'hypertension.

Ce faible taux d'engagement en matière de pratiques sportives peut s'expliquer par les nombreuses activités offertes aux jeunes après l'école. En effet, les élèves de cet établissement scolaire préfèrent regarder la télévision, jouer aux jeux vidéo (54,3%) ou étudier (27,4%) plutôt que de faire de l'activité physique ou du sport après l'école.

### Alimentation

L'apport en énergie et les nutriments consommés facilitent la croissance du jeune, la maturité des tissus, et représentent aussi le « carburant » nécessaire au corps humain pour se mouvoir (Mongeau, 2004). C'est pourquoi dès 1992, a paru le Guide alimentaire canadien pour manger sainement, lequel propose des recommandations liées à l'alimentation. Selon ce Guide, il est nécessaire de manger cinq portions de fruits et légumes par jour. Les résultats de notre étude révèlent que près de 20% d'élèves des cycles un et deux ne respectent pas ces recommandations puisqu'ils consomment des fruits ou légumes au plus quatre fois par semaine. Au cycle trois, les fréquences de consommation de fruits et légumes ne sont pas très élevées non plus, étant donné que 39,4% de ces élèves mangent tout au plus quatorze fruits et légumes par semaine, soit au maximum deux par jour. Cette catégorie d'élèves est plus importante puisque les élèves

qui estiment « manger au moins 15 fruits et légumes par semaine » (ce qui équivaut à dire deux fruits et légumes par jour au minimum) se démarquent des autres catégories. Il est évident que ces données se situent loin des cinq portions minimales quotidiennes, soit 35 portions hebdomadaires. En réalité, c'est bien plus de 39,4% des élèves de cette école qui ne consomment pas les cinq portions minimales de fruits et légumes quotidiennes. Cela confirme les résultats de Lavallée et Stan (2004) qui indiquaient déjà un faible contingent des jeunes de 6 à 12 ans (en 1996) qui consommaient les portions recommandées par le Guide alimentaire. Ces résultats rejoignent aussi les données actuelles selon lesquelles, au Québec, 50 à 68% des jeunes de 6 à 16 ans ne consomment pas les cinq portions de fruits et légumes par jour (Institut de la statistique du Québec, 2004).

D'autre part, entre les repas, l'alimentation des élèves est très variée. Près de 78% des élèves des cycles un et deux indiquent qu'ils préfèrent les produits laitiers et les fruits plutôt que des chips et des friandises (22%). Au cycle trois, la tendance se confirme puisque près de 73% de ces élèves avouent avoir les mêmes préférences et seuls 27% d'entre eux choisissent les chips et friandises. Il est intéressant de constater qu'une grande majorité des élèves (des trois cycles) ont une préférence pour les fruits et les produits laitiers, des aliments bien plus nutritifs que des chips ou des biscuits, ce que confirme en quelque sorte l'absence de changement significatif de la consommation d'un cycle à l'autre.

En ce qui concerne les boissons consommées en dehors des repas, les habitudes des élèves sont relativement saines puisque 66% d'entre eux indiquent boire de l'eau ou du lait. Seulement 7,8% optent pour des boissons gazeuses, ce qui est synonyme, dans la

plupart des cas, de consommer une quantité abondante de sucres. D'autre part, il n'existe aucune influence significative entre la boisson consommée et le cycle d'appartenance de l'élève.

Le déjeuner est un repas particulièrement important pour l'atteinte d'un équilibre nutritionnel optimal chez les jeunes. Rappelons que ce premier repas de la journée mérite une attention particulière, puisqu'il a un impact considérable sur la performance à l'école (Cueto, 2001), les fonctions cognitives (Cueto, 2001; Benton, Slater et Donohoe, 2001), l'apprentissage (Pollitt et Mathews, 1998), les apports énergétique et nutritionnel (Nicklaus, Bao, Webber et Berenson, 1993), l'incidence de l'obésité (Wolfe, Campell, Frongillo, Hass et Melnik, 1994) et la santé à long terme (Shaw, 1998). Les résultats de cette étude indiquent que près de 18,9% des élèves de cette école déjeunent au plus quatre fois par semaine, les 81,1% restants se nourrissant plus de cinq fois par semaine. Ces résultats sont alarmants et bien au-dessous des normes québécoises. Selon Simona (2004), 90,6% des enfants québécois âgé de six à onze ans déjeunent cinq fois et plus par semaine. D'autre part, ses recherches ont aussi permis d'indiquer que seulement 7,6% de ces enfants prennent un déjeuner quatre fois et moins par semaine. Les résultats de la présente étude affichent des fréquences de déjeuners supérieures à celles constatées par Simona, puisque la proportion d'élèves de notre étude qui déjeunent quatre fois et moins par semaine est largement supérieure à celle constatée dans la littérature (7,6% vs 18,9%). Cette différence peut s'expliquer par le facteur « environnement proche » de l'élève. En examinant les caractéristiques sociodémographiques des jeunes qui ont tendance à sauter ce premier repas de la journée, des études ont mis en évidence

l'influence d'une faible scolarité des parents ou une situation financière difficile (Shaw, 1998). Ces derniers résultats pourraient être une des causes explicatives de ce faible taux de déjeuners étant donné que l'environnement immédiat de l'école est plutôt pauvre socialement et économiquement, tel qu'illustré par l'indice de défavorisation de cet établissement de 9 sur 10.

Dans la présente étude, le facteur « cycle » influence de façon significative la fréquence du déjeuner. En effet, plus les élèves grandissent, plus les comportements extrêmes se développent. Cela se matérialise par une plus grande quantité de jeunes qui ne déjeunent pas le matin et par une augmentation significative, du cycle un au cycle trois, des élèves qui déjeunent cinq matins et plus par semaine.

### Sommeil

Les résultats de cette étude concernant l'état de la forme des élèves au réveil sont inquiétants. En effet, seuls 26,3% des élèves indiquent qu'ils se sentent en pleine forme le matin lorsqu'ils se réveillent. Les autres élèves, soit 73,3% d'entre eux, affirment qu'ils se sentent un peu fatigués voire même en grande difficulté pour se lever. Il est aussi important de noter qu'il existe une relation significative entre l'état de la forme au réveil et le facteur « cycle ». De ce fait, il est étonnant de constater que près de 45% des élèves du cycle un se sentent en forme le matin contre seulement 14,9% au cycle trois. Cette tendance se confirme sur l'évolution globale des trois cycles. Cela permet d'indiquer que plus les élèves grandissent, moins ils sont en forme le matin, et par conséquent sont dans de moins bonnes conditions de réussite scolaire et éducative.

La forme du matin est un facteur en relation directe avec l'heure du coucher. De ce fait, il est intéressant de noter que 87,1% des élèves du cycle 1 se couchent à une heure raisonnable, soit entre 19h et 20h30 (0% après 22h). Au second cycle, la majorité des élèves (70%) veillent un peu plus et se couchent entre 20h et 21h. Parmi les autres élèves du même cycle, 2,38% attendent 22h et plus pour aller au lit. Enfin, les élèves du cycle 3 veillent encore plus tard puisque 44,7% d'entre eux se couchent entre 20h30 et 21h30. Concernant les autres élèves de ce cycle, la proportion de ceux qui se couchent avant ou après ce créneau est identique (27,6 dans les deux cas). Ceci dit, il est inquiétant de constater la quantité de ces jeunes qui se couchent après 22h, soit 12% d'entre eux, chiffre qui ne cesse d'augmenter avec le cycle des élèves.

Suite à l'analyse de ces deux facteurs, il apparaît clairement qu'il existe une évolution comparable entre eux. En effet, plus les élèves grandissent et plus ils se sentent fatigués le matin. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que ces élèves se couchent à des heures de plus en plus tardives.

### Hygiène dentaire

En matière d'hygiène dentaire, il existe une variation significative entre les cycles un et deux quant à la fréquence de brossage des dents. Il apparaît clairement que les élèves du cycle deux se livrent à cette action bien plus régulièrement que les élèves du cycle un. Par exemple, il y a 9,6% des élèves du cycle un qui ne se brossent jamais les dents le soir alors que cela ne touche aucun élève du cycle deux. Le matin, il existe aussi une différence de comportements puisque 12,7% des élèves du cycle un ne se brossent



jamais les dents contrairement à 2,3 % au cycle deux. L'évolution des comportements liée à l'hygiène dentaire est positive et démontre une préoccupation plus importante à mesure que les élèves vieillissent. Cette tendance se confirme au cycle trois puisque 49,3% des élèves se brossent les dents au moins deux fois par jour, et certains atteignent même trois brossages par jour (31,3%).

Bien que la situation semble satisfaisante au cycle trois, elle n'en est pas moins inquiétante pour les deux autres cycles. Selon l'Ordre des Dentistes du Québec ([http://ordredesdentistesduquebec.qc.ca/index\\_p.html?section=public&form=brossage\\_fr.html&m=soins](http://ordredesdentistesduquebec.qc.ca/index_p.html?section=public&form=brossage_fr.html&m=soins)), il est fortement recommandé de se brosser les dents au minimum deux fois par jour. Les meilleures conditions seraient de les brosser après chaque repas (soit trois fois ou plus), ce que font certains élèves du cycle trois (31,3%). Il apparaît donc très clairement que les habitudes liées à l'hygiène dentaire sont vraiment à améliorer aux cycles un et deux.

## **Facteur 2 : Comportements sains et sécuritaires**

### Respect des règles lors des activités sportives

D'après les résultats de cette étude, il existe une relation significative entre le cycle d'appartenance de l'élève et le respect qu'il a envers les règles lors d'activités sportives. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, cette relation n'est pas progressive et semble être un cas particulier. En effet, les cycles un et trois présentent une attitude commune et assez respectueuse des règles lors de ces activités. La différence entre les cycles est issue des réponses émanant du cycle deux ; les élèves de ce cycle ont

une attitude significativement différente de celle des autres cycles. En effet, ils présentent un comportement beaucoup moins respectueux des règles puisque 21,2% d'entre eux indiquent qu'ils ne le respectent jamais, contrairement au cycle un (1,7%) et au cycle trois (0,0%). Il est possible de conclure que les élèves formant le cycle deux de cette cohorte représentent un « accident de parcours », c'est-à-dire un cas isolé regroupant des élèves plus difficiles que les autres cycles, ne reflétant pas le portrait global des élèves de cette école. Il semblerait étonnant que ce soit cette tranche d'âge particulière (8 à 10 ans) qui soit imputable de cette conduite atypique en regard des deux autres cycles.

#### Port de l'équipement de protection lors des activités sportives

L'analyse statistique révèle qu'il existe des changements importants quant au port de l'équipement de protection durant les activités sportives, selon le cycle. Le cycle un se démarque des deux autres puisque 54,1% de ces élèves ne portent jamais d'équipement de protection, ces chiffres diminuant jusqu'à 17% (cycle deux) et 17,9% pour le cycle trois : les élèves du cycle un se protègent donc beaucoup moins que les autres. Cette tendance se confirme puisque aucun élève du cycle un ne se protège toujours, contrairement à 36,8% et 26,9% pour les cycles deux et trois. Ces résultats permettent d'affirmer que plus les élèves grandissent et plus ils semblent prendre conscience des risques encourus lors de ces activités. Lorsqu'un enfant est au cycle un (6 à 8 ans), sa pratique sportive ne devrait pas être autonome et il devrait par conséquent être supervisé par un adulte responsable ; le port de l'équipement de protection est fortement recommandé lors des activités sportives.

L'augmentation du port de l'équipement des jeunes au fil des cycles pourrait s'expliquer par une prise de conscience des jeunes à propos des risques encourus et de la nécessité de se protéger. Cette prise de conscience pourrait être amplifiée suite à de multiples blessures, ce qui pourrait provoquer une remise en question des conditions de réalisation de la pratique soit par les parents, soit par les jeunes eux-mêmes.

#### Respect du code de la sécurité routière durant les déplacements à pieds

D'après les résultats de cette étude, le facteur « cycle » a une influence statistique sur le comportement des élèves. Il est vrai qu'il existe une relation entre ces deux facteurs, à l'effet que plus les élèves vieillissent, moins ils respectent le code de la sécurité routière lors de leurs déplacements à pied. Arrivés au cycle trois, seuls 3,0% des élèves indiquent qu'ils respectent toujours les règlements, contrairement au cycle un (73,3%) et au cycle deux (69,4%). Cette tendance comportementale pourrait s'expliquer par le fait que plus le temps défile, plus l'élève prend conscience de la réalité, des choses qu'il peut faire ou non. Il semble prendre une liberté d'agir, une pseudo autonomie qu'il pense être justifiée au vu de sa croissance. Il pense être suffisamment « grand » pour prendre les décisions qui le concernent et s'octroie le droit d'outrepasser le code de la sécurité routière lorsqu'il est à pied.

## **Chapitre 5**

### **Conclusion**

Dans certains cas, il est difficile de comparer les données obtenues avec la littérature actuelle, car l'approche ÉS est une initiative récente et surtout novatrice. Elle utilise comme critères d'impact les facteurs clefs de développement du jeune, lesquels représentent les conclusions de recherches récentes ayant amené les bases d'analyse sur lesquelles repose cette approche. Cela explique l'absence de certaines données comparatives pour discuter les résultats de cette étude.

En revanche, ces résultats permettent de décrire les caractéristiques des élèves de cet établissement scolaire, sous l'angle des critères de l'approche ÉS. Une telle investigation des caractéristiques des élèves du milieu scolaire étudié est déterminante pour améliorer, de façon structurée, le plan de réussite de l'école. Une investigation future à caractère qualitatif pourrait porter, par exemple, sur les perceptions des élèves, leurs titulaires et leurs parents à l'égard des enjeux et défis liés à l'implantation de l'approche ÉS. Le point de vue de ces différents acteurs aiderait à mieux comprendre les processus liés à son implantation en milieu scolaire et à saisir les facteurs susceptibles d'assurer son réel déploiement et les impacts visés auprès des élèves. À titre d'exemple de pistes futures, une étude de la mesure du temps passé devant la télévision ou bien de la quantité et la description des aliments consommés devant celle-ci s'avèrerait pertinente.

Quoiqu'il en soit, la présente étude devrait permettre dans un premier temps de concerter et de porter des actions sur les principales problématiques identifiées dans le milieu et ainsi espérer une amélioration de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des élèves de cette école.

#### Grandes tendances à améliorer pour la bonification du plan de réussite

D'après l'analyse des données obtenues par le biais de cette étude et la littérature disponible, il est clair qu'il faut prioriser certaines actions par rapport à d'autres. Premièrement, les élèves de cette école ne répondent pas aux critères minimaux liés à une pratique sportive. Très peu d'entre eux réalisent les 60 minutes de marche quotidienne (ou l'équivalent en intensité) et encore moins à une fréquence minimum de cinq fois par semaine. Outre la révision du plan de réussite axé sur la santé, le gouvernement québécois a déjà priorisé une pratique plus active chez les jeunes : l'augmentation de une heure d'enseignement en ÉPS dans plusieurs écoles primaires effective dès l'automne 2006. L'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes est préoccupante et l'engagement des acteurs qui gravitent autour de la formation des élèves est déterminant.

Outre la problématique de la sédentarité chez les jeunes, l'alimentation est également inquiétante. À la lumière des résultats de cette étude et en comparaison avec la littérature actuelle, il est crucial de promouvoir la consommation des fruits et légumes. En guise de solution, la politique des collations saines devrait être maintenue à cette école primaire. À cela pourrait s'ajouter l'organisation de petits déjeuners santé à l'école. De

plus, la tenue d'un journal de bord ou d'un cahier-santé constitue, à titre d'exemple, une stratégie favorisant l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les jeunes (Blais, 2004 ; Michaud, 2002).

### Application du modèle théorique

Les deux premières étapes associées à l'approche ÉS (mobilisation et concertation des intervenants du milieu et analyse de celui-ci) sont intégrées à la première étape du modèle théorique de Rogers (2003), c'est-à-dire le développement de l'innovation. Rappelons que cette étape concerne toutes les décisions prises et les actions engagées dès l'annonce de l'innovation, dans le présent cas l'approche ÉS, et qui mèneront à son développement. Les actions qui pourraient être mises en place, comme précédemment décrites, s'intègrent à la deuxième étape du modèle théorique de Rogers, c'est-à-dire la phase de dissémination. Cette dernière représente le système de communication utilisé dans le but de faire découvrir l'innovation, soit l'approche ÉS.

### Les adjuvants au déploiement de cette approche

Il semble qu'une initiative comme l'approche ÉS devrait se baser sur différents principes qui lui permettraient un déploiement pertinent et efficace. Premièrement, il faut obtenir un soutien important du milieu scolaire, qui puisse s'engager activement dans la mise en place d'actions et du suivi de celles-ci. Pour cela, il est essentiel d'identifier des personnes clefs du milieu scolaire intéressées et motivées à s'engager dans ces actions afin qu'elles soient efficaces et qu'elles engagent la majorité des élèves de

l'établissement scolaire. Enfin, il est nécessaire de réaménager le travail de ces personnes et les dégager de certaines de leurs tâches régulières afin qu'elles puissent se concentrer sur le déploiement de cette approche.

Rappelons que des études menées au Québec (Arcand, 1998 ; Deschênes et coll., 2001 ; Paquin, 2000) dans des écoles primaires et secondaires ont permis d'identifier des facteurs ayant facilité la réalisation d'initiatives en santé : la structure organisationnelle de l'école, le fonctionnement de l'équipe-projet et les caractéristiques des intervenants à l'école et de certains membres de la communauté.

Les résultats de cette étude permettent de revoir le plan de réussite de manière à ce qu'il soit intimement lié aux besoins manifestés par les élèves et puisse ainsi contribuer davantage à leur réussite éducative, leur santé et leur bien-être. Les résultats issus des questionnaires de la présente étude et administrés aux 222 élèves, de même que ceux du personnel enseignant et non enseignant et des parents, obtenus par le biais d'une étude plus globale, vont apporter l'éclairage nécessaire pour revoir le plan de réussite de cette école primaire. Les objectifs et les actions éducatives inscrits dans le futur plan de réussite permettront d'offrir un environnement plus favorable à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des élèves. Outre ces retombées immédiates dans le milieu étudié, il est permis d'envisager que les outils de collecte de données élaborés dans le cadre de l'étude puissent aider et servir d'autres milieux scolaires dans leur démarche d'analyse de la situation. Enfin, les résultats attendus sont précieux à ce stade-ci du déploiement de l'approche ÉS au Québec puisqu'ils tracent le portrait initial indispensable à toute étude d'impacts pouvant être conduite dans le futur.

## Références

Arcand, L. (1998). *Bilan des perspectives de type « Ecole en santé » réalisées par les CLSC au cours de l'année scolaire 1996-1997*. Laval : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

Association Canadienne pour l'Éducation à la Santé (1993). *Branchons-nous sur la santé! L'approche globale de la santé en milieu scolaire*. Un guide de présentations et d'animation. Santé et Bien-être social Canada.

Ayotte, V. (2004). *Texte sur l'estime de soi destiné au présent guide*, document non publié.

Bastien, N. et Risler, J.-A. (2003). *L'outil d'analyse du fonctionnement des consortiums*, [CD-ROM] Montréal : Centre 1, 2, 3 Go.

Benton, D., Slater, O. et Donohoe, R. T., (2001). *The influence of breakfast and a snack on physiological functioning*, *Physiology and Behavior*, vol. 74, p. 559-571.

Blais, M. (2004). *La dynamique de l'intervention en éducation à la santé au primaire*. Thèse de doctorat, Québec : Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation.

Bowen, F., Desbiens, N., Martin, C. et Hamel, M. (2001). La compétence sociale. Dans M. Hamel, L. Blanchet et C. Martin (Dir.) *6-12-17 Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire (chapitre 2, p. 51-99)*, Québec : Les Publications du Québec.

Charte d'Ottawa (1986). *Charte d'Ottawa, promotion de la santé*. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1 (4), iii-v.

Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : Presses Universitaires de France

Comité scientifique de Kino-Québec. (1998). *Les jeunes et l'activité physique : Situation préoccupante ou alarmante ?* Québec, ministère des Affaires municipales.

Comité scientifique de Kino-Québec. (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes : Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux.



Comité scientifique de Kino-Québec. (2005). *Les québécois bougent plus mais pas encore assez*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la santé et des Services sociaux.

Commission des États Généraux sur l'Éducation. (1996). *Rénover notre système d'éducation : dix chantiers prioritaires*. Rapport de la Commission des États Généraux sur l'Éducation, Québec.

Cueto, S. (2001). Breakfast and dietary balance: The enKid study. Breakfast and performance. *Public Health Nutrition*, Vol. 4, No.6A, p. 1429-1431.

D'Amours G. (2000). *Guide d'évaluation des interventions*. Document préparé dans le cadre du projet Écoles-milieus en santé de l'Outaouais, Hull : Direction de santé publique de la RRSSS de l'Outaouais et Université du Québec à Hull.

Déclaration de Jakarta (1997). *À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle*. Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé.

Deschênes, M., Jomphe-Hill, A., et D'Amours, G. (2001). *Évaluation du processus d'action intersectorielle au cours de la phase de mise en oeuvre du projet «École et milieux en santé» dans l'Outaouais*. Hull : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Deschênes, M., Martin C., Jomphe-Hill, A. (2003). Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to Achieve Broader Implementation? *Health Promotion International*, vol. 18, no 4, p. 387-396.

Deslandes, R. (2001). L'environnement scolaire. Dans M. Hamel, L. Blanchet et C. Martin (Dir.) *6-12-17 Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (p. 251-276), Québec: Les Publications du Québec.

Direction du Programme de Santé Publique (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

Direction de santé publique de Laval (2000). *La santé, le bien-être et la réussite éducative : quelle est la situation dans notre école?*, documents d'analyse pour le primaire et pour le secondaire, document non publié, Laval : Direction de santé publique.

Direction de la Santé Publique de la Montérégie, (2005). *Face à la progression de l'obésité en Montérégie... : Ensemble pour faire contrepoids !* Rapport de la directrice de santé publique, Longueuil.

Eaton, S.B. et Eaton, S.B. (2003). An evolutionary perspective on human physical activity: implications for health. *Review Science Department*, Central Falls High School, Central Falls, RI, USA.

Fédération des comités de parents du Québec (2002). *Le projet éducatif : une voie vers la réussite pour chaque école*, Fascicule 4.

Groupe de travail du Conseil des directeurs de santé publique (1999). *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Québec: Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec.

Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2004). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Québec, Association pour la santé publique du Québec.

Hamel, M., L. Blanchet et C. Martin (2001). *6-12-17 Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Québec: Les Publications du Québec.

Institut de la statistique du Québec. (2004). *Enquête sociale et de santé auprès des jeunes enfants et des adolescents québécois : volet nutrition*, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Jong-Wook L. (2005). *Thriving in turbulent times – Challenges and Prospects*, Jong-Wook LEE, Conférence donnée le 31 mai 2005 à l'hôtel Hilton de Montréal à l'occasion du 11<sup>e</sup> Forum économique international des Amériques / Conférence de Montréal : Réussir en période de turbulence : Défis et perspectives.

Lachance B., Colgan J. et Martel S. (2005). Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques : Cadre de référence, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Direction générale de la santé publique*.

Lavallée C. et Stan S. (2004). Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans. Dans *Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois : Volet nutrition*. Québec, Institut de la statistique du Québec.

Lynagh, M., Perkins, J. et Schofield, M. (1999). Lessons learned from the Hunter region health promoting schools project in New South Wales, Australia. *Journal of School Health*, 69(6), 227-232.

Manidi, M-J. et Dafflon-Arvanitou, I. (2000). *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Éducation à la santé par l'activité physique*. Paris : Masson S.A

Marquis, M. (2005) *Pour bien manger, éteignez la télé!* , Forum, [En ligne], Université de Montréal, [[www.iforum.umontreal.ca/Forum/article4782.htm](http://www.iforum.umontreal.ca/Forum/article4782.htm)] (page consultée le 14 juin 2005).

Mérini, C., Jourdan, D., Victor, P., Berger, D. et De Peretti, C. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : Éditions ENSP.

Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat, Québec : Université Laval.

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (1998). *Pour en savoir plus sur le consommateur québécois*, Bioclips +, vol. 1, no 5, 13 p.

Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *Programme de formation de l'école québécoise, enseignement secondaire, 1<sup>er</sup> cycle*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation du Québec (2003a). *Programme de formation de l'école québécoise, éducation préscolaire et enseignement primaire*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation du Québec. (2003b). *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes*. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation du Québec (2004). *Programme de formation de l'école québécoise, Enseignement secondaire, premier cycle*, Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation du Québec (2004). *Le plan d'intervention au service de la réussite de l'élève : cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*, Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). *École en santé*. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes, Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé. (1992). *Guide alimentaire canadien : pour manger sainement, à l'intention des 4 ans et plus.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Extraits du document *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, document principal.

Mongeau, E. (2004). Apports en énergie et en macronutriments. Dans *Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois : Volet nutrition*. Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 63-74.

Mongeau, L. (2005). *Les actions en matière d'alimentation*. Présentation faite le 18 février 2005 dans le cadre des travaux de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention. Présentation non publiée.

Nicklaus, T. A., Bao, W., Webber, L. S. et Berenson, G. S. (1993). Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 93, No 8, p. 886-891.

Nolin B., Prud'Homme D., Godin G. et Hamel D. (1998), *Enquête Québécoise sur l'activité physique et la santé*. Les publications du Québec.

Nolin B. et Hamel D. (2005). *Plan d'action Kino-Québec 2005-2008*. Texte de base (données non publiées).

Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* – Rapport d'une consultation de l'OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2002), *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève.

Paquin, R. (2000). *Écoles et quartiers en santé de St Jérôme*. Saint Jérôme : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Pollitt, E. et Mathews, R. (1998). *Breakfast and cognition: An integrative summary*, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 67 (suppl), p. 804S-813S.

Puhse, U. et Gerber, W. (2005). *International Comparison of Physical Education*. Oxford : Meyer & Meyer Sport.

Reasoner, R. W. (1982). *Building Self-Esteem*, Elementary edition. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press inc. Adaptation et traduction française de V. Ayotte et coll. (1995). Comment développer l'estime de soi.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5<sup>rd</sup> ed.). New York : Free Press.

Rowan, C., Vanier, C. et Léry, R. (2003). *École en santé en Montérégie : recension des écrits et étude exploratoire*. Longueuil : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

St-Leger, L. et Nutbeam, D. (2000). A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health*, 70(2), 45-50

Sahota P, Rudolf M.C.J., Dixey R., Hill A.J., Barth J.H. et Cade J. (2001). *Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity*. *BMJ* 2001; 323:1027-9.

Sahota P, Rudolf MCJ, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. (2001). *Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity*. *BMJ* 2001; 323:1029-32.

Santé Canada (2004). *S'exprimer et s'engager : la promotion de la santé en milieu scolaire. Guide de mise en oeuvre*, [En ligne], [[http://www.phac-aspc.gc.ca/vc-ss/guide\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/vc-ss/guide_f.html)].

Shaw, M. E. (1998). Adolescent breakfast skipping: An Australian Study. *Adolescence*, Vol. 33, No 132, p. 851-861.

Simona, S. (2004). *Comportements alimentaires*. Direction de la Santé Publique, Institut de la Statistique de Québec.

Statistique Canada, (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1*, Fichier de partage, Compilation spéciale fournie par la Direction Santé Québec.

Wolfe, W. S., Campell, C. C., Frongillo C. A., Haas, J. D. et Melnik, T. A. (1994). *Overweight schoolchildren in New York State: Prevalence and characteristics*, *American Journal of Public Health*, vol. 84, p. 807-813.

World Health Organisation (1996a). *Promoting Health Through Schools*. Genève,WHO.

World Health Organization (1998). *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*, Geneva, World Health Organization.

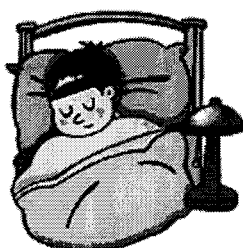
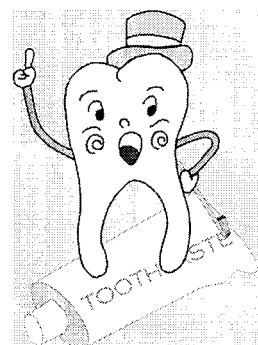
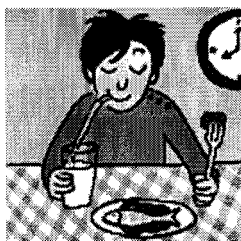
World Health Organization( 2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva.

Site internet:

**[http://ordredesdentistesduquebec.qc.ca/index\\_p.html?section=public&form=brossage\\_fr.html&m=soins](http://ordredesdentistesduquebec.qc.ca/index_p.html?section=public&form=brossage_fr.html&m=soins)**

## ANNEXE 1

Questionnaire proposé aux élèves du cycle un



# Questionnaire sur la santé et le bien-être des élèves (1<sup>er</sup> cycle)

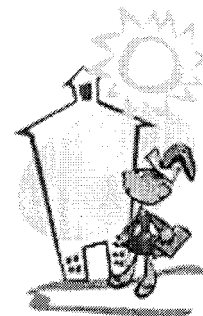
École \*\*\*  
Février 2006



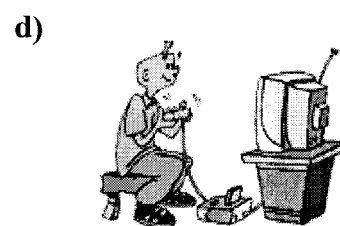
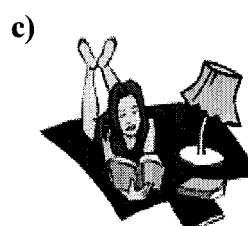
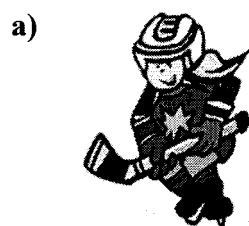


1- Âge :      5 ans ☐      6 ans ☐      7 ans ☐      8 ans ☐      9 ans ☐

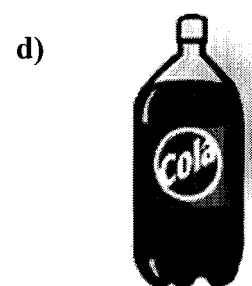
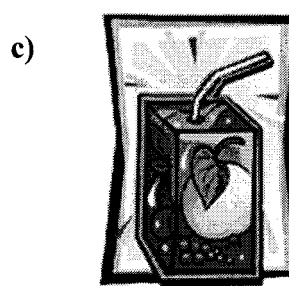
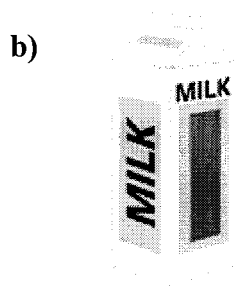
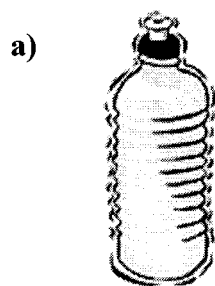
2- Sexe :      Fille ☐      Garçon ☐



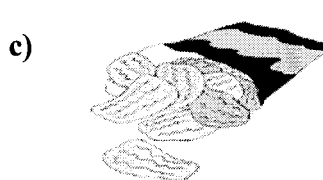
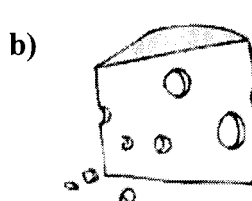
3- Quand je rentre de l'école, je :



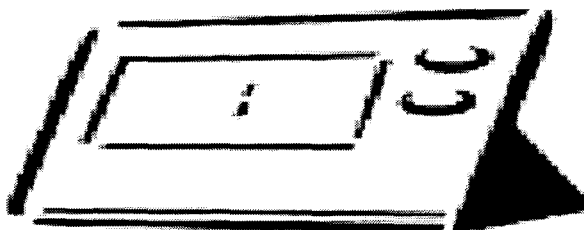
4- Quand j'ai soif, je bois :



5- Quand j'ai faim entre les repas, je mange :

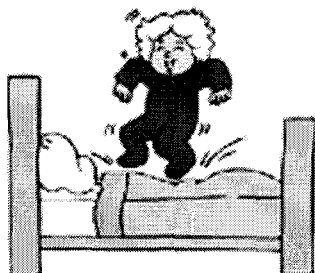


6- Quand je vais à l'école le lendemain, je vais au lit à :



7- Le matin quand je me lève pour aller à l'école :

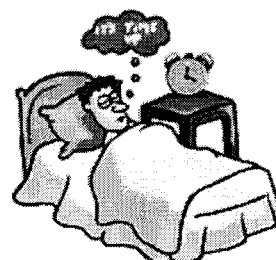
a)



b)



c)



8- Je respecte les règles du jeu durant mes activités sportives collectives (ex : je suis honnête, je respecte les arbitres et mes adversaires):

a) toujours

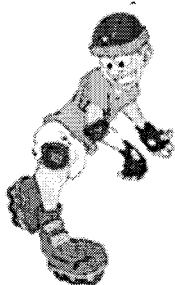
b) quelques fois

c) jamais



**9- Durant mes activités sportives (ski, la planche, hockey, vélo...), je :**

a)



b)

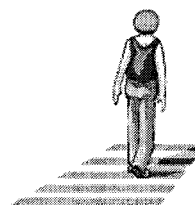


**10- Je respecte le code de la sécurité routière durant mes déplacements à pieds (ex : je circule à pieds sur les trottoirs, je traverse aux intersections, je respecte les arrêts obligatoires) :**

a) toujours

b) quelques fois

c) jamais



**11- Je me suis déjà absenté(e) parce que je ne me sentais pas en sécurité à l'école :**

a) oui

b) non

**12- Quelqu'un a déjà volé ou endommagé un de mes biens (livres, vêtements...) à l'école :**

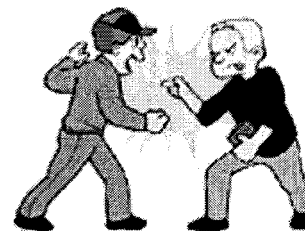
a) oui

b) non

**13- J'ai déjà participé à une bagarre à l'école :**

a) oui

b) non

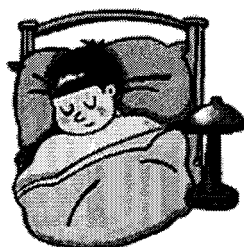
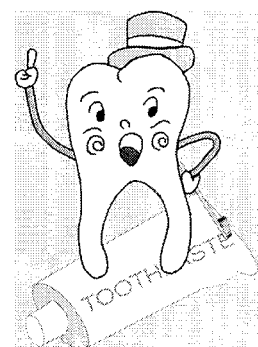
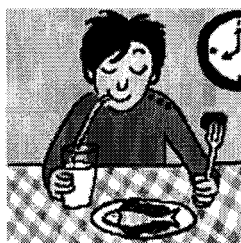


**Merci de ta précieuse collaboration !!**

**Les membres du comité « École en Santé » de l'école \*\*\*.**

## ANNEXE 2

Questionnaire proposé aux élèves du cycle deux



# Questionnaire sur la santé et le bien-être des élèves (2<sup>ème</sup> cycle)

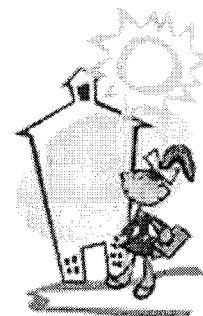
École \*\*\*  
Février 2006



1- Âge :      8 ans ☐      9 ans ☐      10 ans ☐      11 ans ☐      12 ans ☐

2- Sexe :      Fille ☐      Garçon ☐

3- Quand je rentre de l'école, je :



a)



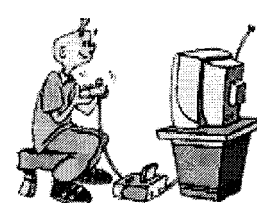
b)



c)

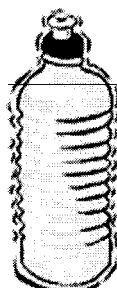


d)

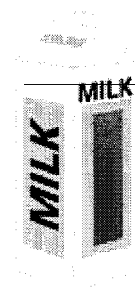


4- Quand j'ai soif, je bois :

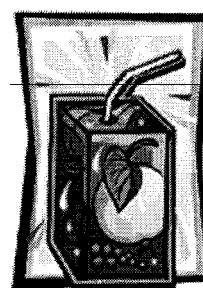
a)



b)



c)



d)

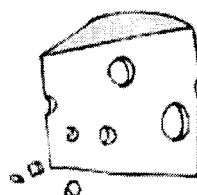


5- Quand j'ai faim entre les repas, je mange :

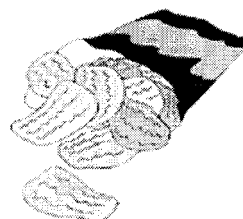
a)



b)



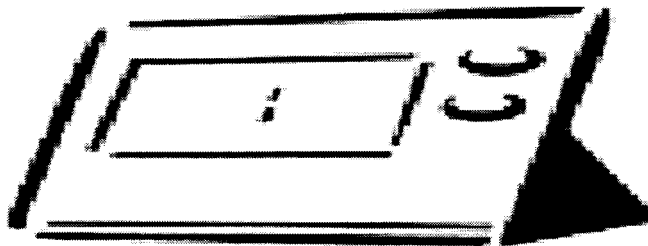
c)



d)



6- Quand je vais à l'école le lendemain, je vais au lit à :



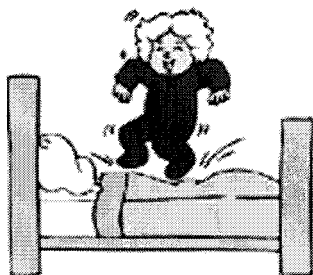
7- J'ai de la difficulté à m'endormir:

- a) tous les soirs
- b) quelques fois durant la semaine
- c) jamais



8- Le matin quand je me lève pour aller à l'école :

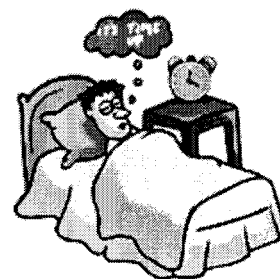
a)



b)



c)



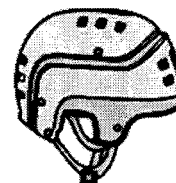
**9- Je respecte les règles du jeu durant mes activités sportives collectives (ex : je suis honnête, je respecte les arbitres et mes adversaires):**

- a) toujours
- b) quelques fois
- c) jamais



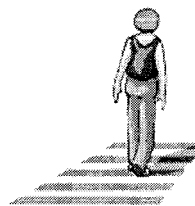
**10- Je porte l'équipement de protection durant mes activités sportives (ex : je porte un casque lorsque je fais du ski ou du vélo) :**

- a) jamais
- b) quelques fois
- c) toujours



**11- Je respecte le code de la sécurité routière durant mes déplacements à pieds (ex : je circule à pieds sur les trottoirs, je traverse aux intersections, je respecte les arrêts obligatoires) :**

- a) toujours
- b) quelques fois
- c) jamais



**12- Je me suis déjà absenté(e) parce que je ne me sentais pas en sécurité à l'école :**

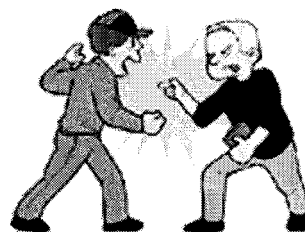
- a) oui
- b) non



**13- Quelqu'un a déjà volé ou endommagé un de mes biens (livres, vêtements...) à l'école :**

**a) oui**

**b) non**



**14- J'ai déjà participé à une bagarre à l'école :**

**a) oui**

**b) non**

**Merci de ta précieuse collaboration !!**

**Les membres du comité « École en Santé » de l'école \*\*\*.**

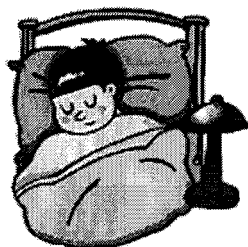
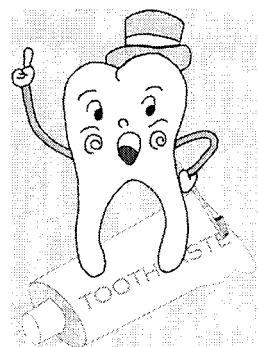
### ANNEXE 3

Journal quotidien proposé aux élèves des cycles un et deux

[illegible]

## ANNEXE 4

Questionnaire proposé aux élèves du cycle trois



# Questionnaire sur la santé et le bien-être des élèves (3<sup>ème</sup> cycle)

École \*\*\*  
Février 2006



1- Âge :      10 ans ☐      11 ans ☐      12 ans ☐      13 ans ☐

2- Sexe :      Fille ☐      Garçon ☐

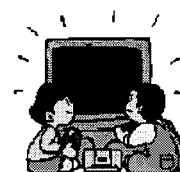
3- Je fais de l'activité physique pendant au moins 30 minutes en-dehors de mes cours d'éducation physique et des récréations:

- a) jamais
- b) 1 à 2 fois par semaine
- c) 3 à 4 fois par semaine
- d) plus de 5 fois par semaine



4- Quand je rentre de l'école :

- a) je regarde la télévision, je m'amuse à l'ordinateur ou aux jeux vidéo
- b) je lis ou je fais mes devoirs et mes leçons
- c) je joue dehors (ex : glissade)
- d) je fais des activités sportives (ex : patin, hockey, ski)



5- Le matin, je vais à l'école à pieds :

- a) jamais
- b) 1 à 2 fois par semaine
- c) 3 à 4 fois par semaine
- d) 5 fois par semaine



6- Je prends un déjeuner avant d'aller à l'école :

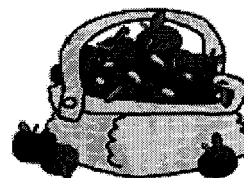
- a) jamais
- b) 1 à 2 fois par semaine
- c) 3 à 4 fois par semaine
- d) 5 fois par semaine

**7- Quand j'ai faim en dehors des repas :**

- a) je mange un fruit ou un légume
- b) je mange un yogourt, du fromage
- c) je mange un gâteau, une barre tendre ou des friandises
- d) je ne mange rien

**8- Je mange des fruits ou des légumes :**

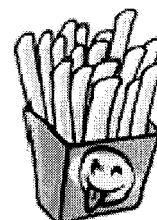
- a) jamais
- b) 1 à 6 fruits ou légumes par semaine
- c) 7 à 14 fruits ou légumes par semaine
- d) plus de 15 fruits ou légumes par semaine



	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Déjeuner							
Dîner							
Souper							
Collations							

**9- Je mange du fast-food à la maison ou au restaurant (ex : McDonald) :**

- a) plusieurs fois par semaine
- b) une fois par semaine
- c) une fois par mois
- d) rarement



**10- Je me brosse les dents :**

- a) une fois par semaine
- b) une fois par jour
- c) deux fois par jour
- d) trois fois par jour

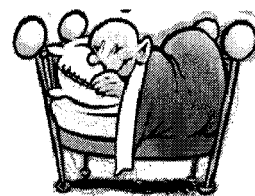


**11- J'utilise la soie dentaire :**

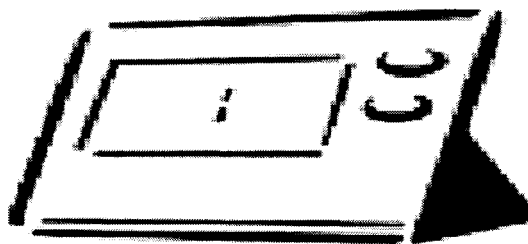
- a) jamais
- b) une fois par semaine
- c) plusieurs fois par semaine
- d) tous les jours

**12- Quand je vais à l'école le lendemain, je vais au lit :**

- a) quand mes parents me disent d'aller au lit
- b) quand mes parents vont au lit
- c) quand j'ai envie d'aller au lit
- d) quand je suis fatigué(e)



**14- Quand je vais à l'école le lendemain, je vais au lit à:**



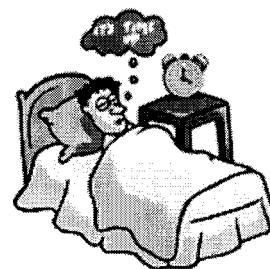


**15- Le matin quand je me lève pour aller à l'école :**

- a) je suis trop fatigué(e) pour sortir de mon lit
- b) je me sens fatigué(e) et je veux retourner me coucher
- c) je me sens fatigué(e) mais après je me sens en forme
- d) je me sens en forme

**16- J'ai de la difficulté à m'endormir:**

- d) tous les soirs
- e) quelques fois durant la semaine
- f) jamais



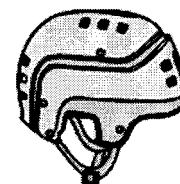
**17- Je respecte les règles du jeu durant mes activités sportives collectives (ex : je suis honnête, je respecte les arbitres et mes adversaires):**

- a) jamais
- b) quelques fois
- c) toujours



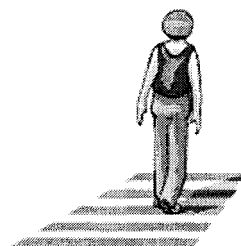
**18- Je porte l'équipement de protection durant mes activités sportives (ex : je porte un casque lorsque je fais du ski ou du vélo) :**

- a) jamais
- b) quelques fois
- d) toujours



**19- Je respecte le code de la sécurité routière durant mes déplacements à pieds (ex : je circule à pieds sur les trottoirs, je traverse aux intersections, je respecte les arrêts obligatoires) :**

- a) jamais**
- b) quelques fois**
- c) toujours**

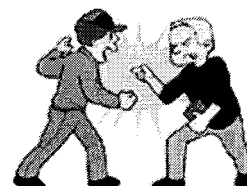


**20- Je me suis déjà absenté(e) parce que je ne me sentais pas en sécurité à l'école :**

- a) oui**
- b) non**

**21- Quelqu'un a déjà volé ou endommagé un de mes biens (livres, vêtements...) à l'école :**

- a) oui**
- b) non**



**22- J'ai déjà participé à une bagarre à l'école :**

- a) oui**
- b) non**

**22- Je fume :**

- a) régulièrement**
- b) occasionnellement**
- c) rarement**

**23- Face à ma sexualité :**

- a) j'ai toutes les informations dont j'ai besoin
- b) je me questionne et j'aimerais en savoir plus
- c) ça ne me préoccupe pas

**23- J'ai l'intention de modifier :**

(Fais trois choix et numérote-les de 1 à 3, 1 étant le plus important pour toi)

- ☐ ma pratique d'activité physique
- ☐ mon alimentation
- ☐ mon hygiène dentaire
- ☐ mon sommeil
- ☐ mes comportements durant ma pratique d'activité physique et mes déplacements
- ☐ mes comportements violents

**Pourquoi?**

---

---

**Merci de ta précieuse collaboration !!**

**Les membres du comité « École en Santé » de l'école \*\*\*.**